



CHALMERS



Nyckeltal för sjukvård i hemmet: En studie av KPI:er för att mäta och optimera Sahlgrenska hemma

Examensarbete inom högskoleingenjörsprogrammet Ekonomi och produktionsteknik

ELIAS AZAR
MATHEW GAGIU

INSTITUTIONEN FÖR TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION
AVDELNINGEN FÖR INNOVATION AND R&D MANAGEMENT

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, 2025

www.chalmers.se

Nyckeltal för sjukvård i hemmet: En studie av KPI:er för att mäta och optimera Sahlgrenska hemma

Examensarbete inom högskoleingenjörsprogrammet Ekonomi
och produktionsteknik

Elias Azar
Mathew Gagiou

TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION
Avdelning för INNOVATION AND R&D MANAGEMENT
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2025

Nyckeltal för sjukvård i hemmet: En studie av KPI:er för att mäta och optimera Sahlgrenska hemma

ELIAS AZAR

MATHEW GAGIU

© ELIAS AZAR, 2025

© MATHEW GAGIU, 2025

Teknikens ekonomi och organisation

Chalmers tekniska högskola

412 96 Göteborg

Sverige

Telefon + 46 (0)31-772 1000

Omslag: En bild som speglar sjukhus med slag av KPI. (Skapad med OpenAI, 2025)

Göteborg, Sverige 2025

Göteborg, Sverige 2025

Nyckeltal för sjukvård i hemmet: En studie av KPI:er för att mäta och optimera Sahlgrenska hemma

ELIAS AZAR

MATHEW GAGIU

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation

Chalmers tekniska högskola

SAMMANFATTNING

Detta examensarbete undersöker vilka KPI:er som är mest relevanta för att mäta och optimera Sahlgrenska hemma, en svensk implementering av vårdmodellen Hospital at Home, där sjukhusvård ges i patientens hem. Arbetets syfte är att bidra till ökad förståelse för hur denna vårdform kan följas upp och utvecklas utifrån perspektiven, effektivitet, vårdkvalitet och hållbarhet. Genom kombinationen av litteraturstudier och semistrukturerade intervjuer med respondenter inom projektet, har det identifierats behov, utmaningar och möjligheter kopplade till mätning av verksamhetens resultat.

Resultatet av arbetet visar att olika yrkesroller inom Sahlgrenska hemma har skilda behov av information och uppföljning. Till exempel efterfrågar verksamhetsutvecklare data om kostnadseffektivitet och flöden, medan vårdpersonal lyfter vikten av kvalitativa nyckeltal som patientnöjdhet och arbetsbelastning. Det finns också ett behov av tydligare struktur för datainsamling, gemensamma definitioner av nyckeltal samt tekniska lösningar för visualisering och analys.

Examensarbetet avslutas med konkreta förslag på nyckeltal och hur dessa kan implementeras beroende på användarens roll. Ett genomtänkt uppföljningssystem kan stärka verksamhetens styrning och förbättringsarbete, men även bidra till vård på rätt nivå, ökad patientdelaktighet och hållbar resursanvändning inom sjukvården.

Nyckelord: KPI:er, Sjukvård, Uppföljning

ABSTRACT

This bachelor's thesis explores which key performance indicators (KPIs) are most relevant for evaluating and optimizing Sahlgrenska hemma, a Swedish implementation of the Hospital at Home (HaH) model, where hospital-level care is delivered in patients' homes. The aim is to enhance understanding of how this care model can be monitored and developed from the perspectives of efficiency, care quality, and sustainability. Through a combination of literature review and semi-structured interviews with key stakeholders, the study identifies needs, challenges, and opportunities related to performance measurement.

The findings show that different professional roles within Sahlgrenska hemma require different types of follow-up and data. For example, process developers emphasize cost-efficiency and care flows, while care staff stress the importance of qualitative indicators such as patient satisfaction and workload. There is also a need for clearer data collection structures, shared definitions of KPIs, and improved technical solutions for data visualization and analysis.

The thesis concludes with concrete proposals for KPIs and how they can be tailored to the needs of different user roles. A well-designed follow-up system can strengthen governance and continuous improvement, while also promoting appropriate care levels, patient involvement, and sustainable resource use in healthcare.

Förord

Detta examensarbete genomfördes under vårterminen 2025 vid Chalmers tekniska högskola som en del av vårt kandidatarbete inom Ekonomi och Produktionsteknik. Denna rapport gjordes i samarbete med Sahlgrenska Universitetssjukhuset som jobbar mot en ny vårdmodell kallad Sahlgrenska hemma.

Vi vill rikta ett varmt tack till våra handledare som har stöttat oss längst vägen och har varit viktiga för att kunna genomföra vårt arbete. Från Chalmers har vi haft den stora fördelen att bli vägleda av Andreas Hellström, vars kunskaper och erfarenheter från tidigare examensarbeten har varit till stor hjälp för skrivandet av rapporten. Peter Almström från Sahlgrenska har stöttat oss med sin djupa förståelse för de praktiska aspekterna av Sahlgrenska hemma-projektet och har bidragit med ovärderliga perspektiv från verksamheten.

De gemensamma handledningstillfällena med Andreas och Peter har lett till värdefulla diskussioner, konstruktiv återkoppling och en balans mellan teori och praktik. Deras samlade kompetens har varit stöttande under hela processen.

Vi vill också rikta ett varmt tack till alla deltagare i våra intervjuer samt till alla övriga personer på Sahlgrenska som har tagit sig tid att dela med sig av sina erfarenheter. Ert bidrag har varit till stor hjälp för oss.

1. INLEDNING.....	10
1.1 BAKGRUND	11
1.1.1 Hospital at Home runt om i världen.....	12
1.1.2 Sahlgrenska hemma	13
1.1.3 Uppföljning och resurseffektivitet.....	13
1.2 SYFTE.....	14
1.3 AVGRÄNSNINGAR	14
2. TEORETISK RAMVERK.....	15
2.1 HOSPITAL AT HOME.....	16
2.1.1 Admission Avoidance och Early Supported Discharge.....	18
2.1.2 Effekter och utmaningar med Hospital at Home.....	19
2.1.3 Framtidens Hospital at Home.....	20
2.1.4 Etiska och juridiska utmaningar inom Hospital at Home.....	21
2.2 VAD ÄR BALANSERADE STYRKORT	22
2.2.1 De fyra perspektiven.....	23
2.2.2 Användning av balanserade styrkort i hälso- och sjukvården.....	24
2.3 NYCKELTAL OCH KPI:ER	24
2.3.1 Olika typer av nyckeltal och KPI:er	25
2.3.1.1 Finansiella Nyckeltal	26
2.3.1.2 Processrelaterade Nyckeltal.....	27
2.3.1.3 Kvalitetsnyckeltal.....	29
2.3.1.4 Hållbarhetsnyckeltal	30
2.3.1.5 Patientcentrerade nyckeltal	31
2.4 KPI:ER INOM HOSPITAL AT HOME	34
2.4.1 Vanliga KPI:er inom Hospital at Home.....	34
2.4.2 Hospital at Home internationellt	35
2.4.3 Internationella erfarenheter av HaH och KPI:er.....	36
2.4.4 Behovet av kontextanpassade KPI:er i Sahlgrenska Hemma	39
3. METOD.....	41
3.1 DATAINSAMLING.....	42
3.1.1 Kvalitativ insamlingsmetod.....	42
3.1.2 Litteratursökning.....	43
3.2 ANALYS AV DATA	43
3.3 VALIDITET OCH RELIABILITET	43
4. RESULTAT.....	45
4.1 SYFTET MED SAHLGRENSKA HEMMA	46
4.2 VARFÖR SKA MAN HA EN MÄTETALSTRUKTUR?.....	47
4.3 VILKA NYCKELTAL ÄR VIKTIGA FÖR SAHLGRENSKA HEMMA	49
5. DISKUSSION	52
5.1 TEORETISKA PERSPEKTIV OCH PRAKTISKA UTMANINGAR.....	53
5.2 VIKTIGA OCH PRAKTISKA NYCKELTAL FÖR SAHLGRENSKA HEMMA	54
5.2.1 Samspel och målkonflikter mellan olika nyckeltal	58
5.2.2 Saknad av struktur.....	58
5.2.3 Balanserade styrkort som ramverk för Sahlgrenska hemma.....	59
5.3 FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING.....	60
6. SLUTSATS.....	62
7. REKOMMENDATIONER.....	63
LITTERATURFÖRTECKNING.....	66
BILAGOR.....	72

1. Inledning

När vården utvecklas förändras både vad som görs och metoderna som tillämpas, samt de platser där vården ges samt hur den är organiserad. Tack vare medicinska framsteg och ny teknik är det idag möjligt att ge vård utanför sjukhusets väggar. Samtidigt ställs det krav på att skapa en lika flexibel och hållbar vård för att kunna möta befolkningens föränderliga behov och de begränsade resurser som finns tillgängliga.

1.1 Bakgrund

Sjukvården har genomgått betydande förändringar under de senaste decennierna, drivna av faktorer som tekniska framsteg, specialiserad kompetens och nya arbetsmetoder. Ett exempel på denna utveckling är konceptet "Hospital at Home" (HaH), som tillhandahåller sjukhusvård i patienternas egna hem. Detta koncept ansågs tidigare vara en nischad vårdmodell, men har i dagsläget blivit en viktig global diskussion (Ekholm & Rorsman, 2024).

Det är viktigt att skilja Hospital at Home med andra vårdformer som till exempel Doktor.se. Dessa vårdformer erbjuder distansvård genom digital kommunikation och riktar därefter patienter till slutenvård vid behov. Hospital at Home innebär däremot att patienter får sjukhusvård i hemmet genom fysiska hembesök. Det är alltså inte en form av digital vård på distans, utan en fullvärdig ersättning för ineliggande vård. Denna skillnad är central för att förstå Hospital at Home-modellens möjligheter och utmaningar.

Den traditionella sjukhusmodellen kan inte längre effektivt möta den växande efterfrågan på vård vilket gör HaH-modellen attraktiv då man erbjuder ett alternativ genom att flytta sjukhusvård till patienternas hem. Detta frigör resurser på sjukhusen och ger patienten möjlighet att få sjukvård i en bekant och trygg miljö. Covid-19-pandemin har också påskyndat utvecklingen och acceptansen av denna vårdform. Under pandemin var det extremt viktigt att minska infektionsrisken på sjukhusen och HaH var ett sätt att vårda patienter utan att belasta sjukhusen ytterligare (Denecke et al., 2023). Samtidigt har patienternas önskan om att få vård i sina egna trygga hem ökat i stor utsträckning.

Trots de många fördelarna med HaH finns det betydande utmaningar som behöver hanteras innan modellen kan implementeras i större skala. Ett av de största problemen är att sjukhusen är överbelägna, vilket innebär att det finns ett akut behov av alternativ vård. Även om tekniken möjliggör distansvård krävs det investeringar i utrustning, utbildning av personal och utveckling övervakningssystem med hög driftsäkerhet. Dessutom har patienter olika digitala färdigheter och är inte alltid villiga att använda ny teknik, något som kan påverka kvaliteten i vården. Vårdpersonalen är inte vana vid att arbeta utanför sjukhuset och kan vara motvillig att ändra sina nuvarande arbetsmetoder (Brody et al., 2019).

Inom vårdmodellen används mobila team som genomför hembesök och erbjuder medicinska insatser i patientens hem. På så sätt kan patientens hälsotillstånd följas upp kontinuerligt och eventuella förändringar upptäckas i ett tidigt skede (Ekholm & Rorsman, 2024). Digitala lösningar kan samtidigt underlätta kommunikationen och bidra till att korta tiden från diagnos till behandling, vilket kan förbättra patientens upplevelse av vården. För sjukhuset innebär modellen en möjlighet att använda resurser såsom vårdpersonal och vårdplatser mer effektivt (Leff et al., 2022).

Hospital at Home ska också öka patientens självständighet och komfort. Många patienter upplever att man återhämtar sig snabbare i hemmamiljö där risken för vårdrelaterade infektioner och fallolyckor också minskar (Vale et al., 2020). Denna nya vårdmodell kan därmed både höja vårdkvaliteten och sänka kostnaderna på sikt.

1.1.2 Hospital at Home runt om i världen

Hospital at Home har introducerats på många ställen runt om i världen där olika sjukvårdssystem anpassar modellen utifrån deras specifika behov, till exempel strukturella eller ekonomiska förutsättningar. Den grundläggande idén förblir densamma att kunna erbjuda akut vård hemma hos en patient.

Många internationella aktiviteter var viktiga för att utveckla HaH. I USA presenterades modellen vid Johns Hopkins University på 1990-talet och etablerades sedan till en etablerad vårdform. Johns Hopkins-modellen fokuserar på att leverera sjukhusvård i hemmet som en direkt ersättning för traditionell slutenvård. De positiva resultaten, med en minskning av kostnaderna med en tredjedel, kortare vårdtider och snabbare återhämtning för patienter, ledde till att Hospital at Home snabbt fick uppmärksamhet och stöd för att integreras och standardiseras i andra länder (Ekholm & Rorsman, 2024).

Hospital Clínic de Barcelona i Spanien var den första institutionen i Europa som implementerade HaH i sitt sjukvårdssystem, genom ett samarbete mellan sjukhus och primärvård. Sjukhuset i Katalonien lyckades utveckla en betydande kapacitet för att behandla fler än ett par hundra patienter årligen och blev snabbt en förebild inom Europeiska unionen för innovativ vård. Även i Asien såsom i Singapore, inledde NUHS@Home ett pilotprogram där de använde olika teknik såsom fjärrövervakning och digitala lösningar för att erbjuda sjukvård i hemmet vilket har lett till mindre belastningar (Ekholm & Rorsman, 2024).

1.1.3 Sahlgrenska hemma

Sahlgrenska hemma är ett projekt vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset som syftar till att erbjuda sjukhusvård i patientens hem. Initiativet har vuxit fram ur behovet av att förbättra vårdkvaliteten i form av att minska trycket på sjukhusets resurser och möta ökade krav på personcentrerad vård. Genom att flytta sjukhusvården från sjukhuset till hemmet utvecklas en modell med hög flexibilitet, stärkt patientsäkerhet och ökat inflytande för patienten.

I enlighet med internationell forskning (Vale et al., 2020) och Sahlgrenskas egen målsättning hjälper modellen patienter som annars skulle kräva inlaggande vård, exempelvis äldre med samsjuklighet, personer i behov av postoperativ vård samt patienter med kroniska tillstånd som kan följas upp på distans. Genom digital övervakning och hembesök, med vårdpersonal tillgänglig dygnet runt, kan dessa grupper få sjukhusvård i hemmet, utan att behöva belasta sjukhusets vårdplatser.

1.1.4 Uppföljning och resurseffektivitet

För att uppnå en effektiv implementering och långsiktig utveckling av Hospital at Home krävs systematisk uppföljning med hjälp av nyckeltal (KPI:er). Dessa nyckeltal gör det möjligt att analysera viktiga faktorer samt identifiera förbättringsområden. Enligt Dellve (2018) bidrar tydliga och relevanta nyckeltal även till ökat ansvarstagande, vilket kan stärka personalens och patienternas förtroende för vården.

Även de ekonomiska aspekterna är viktiga. Enligt Region Uppsala (2023) uppgår kostnaden för ett traditionellt vårddygnet till ungefär 12 000 kr. Detta belyser vikten av att följa upp även kostnadseffektivitet när nya vårdmodeller som Hospital at Home införs.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att undersöka och identifiera nyckeltal (KPI:er) för Sahlgrenska hemma vid Sahlgrenska universitetssjukhus.

Målet med studien är att identifiera nyckeltal som kan mätas och i sin tur användas som stöd i beslutsfattande och förbättringsarbeten. Med hjälp av nyckeltal kan man identifiera utveckling över tid och samtidigt optimera HaH utifrån ett produktions- och ekonomiperspektiv, där fokus ligger på patientnytta, kostnadseffektivitet och resursanvändning. Genom att föreslå relevanta nyckeltal strävar studien att bidra till ökad förståelse för HaH.

1.3 Avgränsningar

Studien avgränsas till att identifiera och analysera redan befintliga nyckeltal och KPI:er kopplade till Sahlgrenska hemma, snarare än att utveckla eller räkna fram nya mått. Fokus ligger på att bedöma vilka av dessa som är mest relevanta för att mäta och optimera effektivitet, vårdkvalitet och hållbarhet inom svensk sjukvårdskontext.

2. Teoretisk ramverk

Denna litteraturgenomgång kommer att undersöka utvecklingen och implementeringen av Hospital at Home-modellen (HaH) i olika vårdmiljöer. Den kommer att lyfta fram hur HaH har tillämpats, vilka resultat som har uppnåtts samt de utmaningar som modellen medför. Genom att granska tidigare studier kommer det att strävas efter att fördjupa förståelsen för HaH:s potentiella fördelar. Målet är att erbjuda värdefull kunskap som kan bidra till en bedömning av dess relevans och anpassning inom Sveriges sjukvårdssystem.

2.1 Hospital at Home

Hospital at Home är en vårdmodell där patienter med stabila eller akuta medicinska tillstånd får sjukhusvård i sina egna hem i stället för att läggas in på sjukhus. Professor Michael Montalto från *Scientific Committee* vid World Hospital at Home Community, ett internationellt nätverk för forskning och kunskapsutbyte kring sjukhusvård i hemmet definierar Hospital at Home som: “*an acute clinical service that takes staff, equipment, technologies, medication and skills usually provided in hospitals and delivers that hospital care to selected people in their homes or in nursing homes. It substitutes for acute inpatient hospital care. Its goal is to improve the lives of sick people who need hospitals, by changing the culture of hospitals to deliver hospital-level care at home*” (World Hospital at Home Community, 2024).

Modellens syfte är att erbjuda samma kvalitet av vård och övervakning som på ett traditionellt sjukhus men i en mer trygg och bekant miljö. Detta innebär att akuta insatser och medicinska beslut som annars skulle kräva sjukhusmiljö nu kan utföras i patientens hem, med hjälp av mobila team (Wong et al., 2025). Detta kräver noggrann planering och ett dedikerat team som består av läkare, sjuksköterskor och terapeuter som tillsammans tar ett beslut.

En annan central aspekt är patientens och eventuella anhörigas förmåga att hantera egenvård och använda digitala verktyg för kommunikation. För att HaH ska bli framgångsrikt är det viktigt att patienter, antingen på egen hand eller med stöd av sina anhöriga, kan följa instruktionerna för egenvård. Dessutom behöver de känna sig bekväma med att använda de digitala plattformar som gör det möjligt för att interagera med vårdpersonalen. Det är också viktigt att både patienter och anhöriga får utbildning och stöttning så att de känner sig trygga i att hantera den tekniska utrustningen och ta ansvar för sin egen hälsa (Denecke, 2025).

För att illustrera skillnaderna mellan traditionell slutenvård och vård inom Hospital at Home presenteras nedan en jämförelse inom centrala kategorier. Tabell 1 är en bearbetning av en sammanställning framtagen i Chalmers-rapporten *Hospital at Home - Inblick och utblick i Sverige och i världen* (Ekholm och Rorsman, 2024).

Tabell 1: En jämförelsetabell mellan HaH och slutenvård inom viktiga kategorier.

Kategori	Slutenvård	HaH
Vårdplats	Patienten befinner sig i sjukhusmiljö	Patienten vårdas i sitt hem
Komfort och Trivsel	Mindre bekvämt på grund av sjukhusmiljö	Trygghet och bekvämlighet i hemmiljö
Ekonomiska aspekter	Högre kostnader på grund av fasta utgifter	Vanligtvis lägre utgifter, men kan variera
Infektionsrisk	Högre risk på grund av närhet till andra patienter.	Lägre risk för vårdrelaterade infektioner
Teknisk utrustning	Direkt tillgång till avancerad medicinsk teknik	Använder telemedicin och distansövervakning
Tillgång till vårdresurser	Omedelbar tillgång till vårdpersonal och utrustning	Resurser beror på avstånd till sjukhus
Beslutfrihet för patient	Mindre autonomi, beroende av sjukhusets rutiner	Patienten har större inflytande i vården
Lämplighet för olika sjukdomstillstånd	Anpassat för svåra eller akuta sjukdomstillstånd	Passar stabila och akuta tillstånd
Samordning av vården	Samordning sker inom sjukhusets avdelningar	Kräver högt samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommun.
Övergång till annan vårdform	Kräver formell utskrivning och övergång till hemsjukvård eller annan vård	Kan integreras i den pågående vårdplanen, men kräver fortsatt samordning med andra vårdformer.
Närståendes delaktighet	Mindre möjlighet till familjemedverkan	Närstående kan vara mer involverade

Källa: Bearbetad från Ekholm, A., & Rorsman, J. (2024). Hospital at Home - Inblick och utblick i Sverige och i världen. Chalmers Tekniska Högskola.

Det som framgår i tabell 1 innebär HaH-modellen generellt sett en mer flexibel, kostnadseffektiv och patientcentrerad vårdform. Samtidigt förutsätter modellen att vissa villkor är uppfyllda, såsom teknisk tillgång och fungerande samverkan mellan aktörer. Patientens delaktighet och närståendes medverkan blir ofta större, vilket kan bidra till förbättrad upplevelse men också kräver insatser i form av stöd och utbildning.

2.1.1 Admission Avoidance och Early Supported Discharge

Inom vårdmodellen Hospital at Home finns det två centrala arbetssätt identifierats för att komplettera traditionell sjukhusvård, vilket är Admission Avoidance (AA) och Early Supported Discharge (ESD) (Shepperd et al., 2024). Båda dessa modeller syftar till att

möjliggöra avancerad sjukhusvård i patientens hem, men de har olika fokus och tillämpas vid olika tidpunkter i vårdförloppet. AA riktar in sig på att undvika sjukhusvistelser från första början, medan ESD strävar efter att påskynda utskrivningen från sjukhuset och fortsätta vården hemma.

Admission Avoidance går ut på att patienterna undviks till att läggas in på sjukhus genom att erbjuda akut sjukhusvård i hemmet som annars skulle behöva traditionell sjukhusvård. Denna modell har visat sig vara effektiv för att minska sjukhusbelastningen, förbättra patientnöjdheten och minska kostnaderna för sjukvården. Genom att inte lägga in patienterna i sjukhuset alls kan vårdkostnaderna minskas genom att då behovet av inläggning minskar, vilket sparar både tid och resurser för vård. Många patienter föredrar att få sjukhusvård i sina egna hem eftersom det skapar en tryggare miljö och minskar den stress som ofta är förknippad med sjukhusvistelse och miljön (Shepperd et al., 2024).

Early supported discharge är en annan modell som gör det möjligt för patienter att skrivas ut från sjukhuset tidigt och fortsätta sin återhämtning och medicinska övervakning hemma, i stället för att stanna kvar på sjukhuset under en längre tid. ESD erbjuder en smidig övergång från sjukhusvård till intensiv rehabilitering i hemmet (Williams et al., 2022). Enligt Williams et al. (2022) har ESD visat betydande minskningar av sjukhusvistelse med ett genomsnitt på 6,04 dagar hos äldre vuxna som behandlats med denna modell jämfört med traditionell vård. Dessutom visade det sig att patienter som blev tidigt utskrivna hade en förbättrad självrapporterad funktion och en högre livskvalitet efter utskrivningen vid uppföljning efter 30 dagar.

En av de största utmaningarna med båda modellen är att inte alla patienter lämpar sig för sjukhusvård i hemmet och kräver en ordentlig bedömning av varje individs medicinska tillstånd. Båda modellerna ställer höga krav på säkerhet och kommunikation för att minimera risker. En forskning av Leff et al. (2024) påtalar hur viktigt det är att övervaka viktiga tecken noggrant och agera omedelbart vid försämringar, för att garantera säkerheten för patienterna och ge dem snabb tillgång till en sjukhussäng. Dessutom kräver det att medicinsk utrustning och läkemedel skall snabbt kunna levereras till patienternas hem. Om inte logistiken fungerar som den ska kan det påverka vården och säkerheten negativt.

När det gäller AA är modellen mest effektiv för patienter med stabila sjukdomstillstånd som inte kräver intensivvård eller kontinuerlig övervakning (Shepard et al., 2024). Det ställer krav på noggrant urval av patienter så att rätt individ får den vård som behövs.

En forskning av Williams et al. (2024) visade att patienter ofta stöter på svårigheter när de övergår från sjukhusvård till sina hem som baseras på oro och trygghet. Denna övergång kan skapa en barriär för patienter som behöver fortsätta sin rehabilitering hemifrån, vilket i sin tur kan försvåra deras allmänna återhämtning.

2.1.2 Effekter och utmaningar med Hospital at Home

Enligt en studie publicerad i *Annals of Internal Medicine* visade det att HaH har goda effekter på patienternas omsorg genom att det fanns mindre risk för vårdrelaterade infektioner på grund av att man minskar exponeringen av sjukhusmiljön. Studien observerade att patienter hade färre laboratorieundersökningar och bildiagnostik. Vidare rapporterade studien att återhämtningstiden var även kortare med HaH-modellen jämfört med traditionell sjukhusvård då patienterna tenderar att vara mindre stillaliggande och mer fysisk aktiva under vårdperioden (Levine et al., 2019). Detta kan i sin tur bidra till att de upplever mindre psykologiska påfrestningar och högre tillfredsställelse vilket tyder på att deras bekvämlighet i hemmiljö är högre.

Hospital at Home erbjuder en flexibel vårdplattform som kan vara betydligt mer kostnadseffektiv för att möta de ökande kraven, vilket är värdefullt när belastningen inom vården ökar, som till exempel under Covid-19-pandemin (Kanagala et al., 2023). Detta gynnar för både patienterna och sjukvården som sparar både pengar och resurser. Enligt en studie från Albuquerque, USA driven av Presbyterian Healthcare Services var kostnaderna för patienter som vårdades hemma 19% lägre än för liknande patienter som fick vård på sjukhus, utan att detta påverkade kvaliteten på vården. De ekonomiska besparingarna berodde framför allt på kortare vårdtider samt färre laboratorier och diagnostester (Cryer et al., 2012). Medan kostnaden per vård dygn i Sverige är 12 000 kr, tyder detta på att båda parterna nyttar från en sådan implementering (Region Uppsala, 2023).

Trots fördelarna som kommer med Hospital at Home finns det vissa utmaningar som måste tas hänsyn till för att denna modell skall bli fullständigt implementerad. En av de största utmaningarna har varit om patientens tillstånd får en plötslig förändring och hur man tar sig situationen på det mest effektiva sättet (Pandit et al., 2024). Då gäller det att komma med en

bra struktur och planering på plats vilket kan innebära en pålitlig internetanslutning för fjärrstyrning, säker kommunikation mellan medicinska team och patienter, samt tillgång till nödvändig medicinsk utrustning i hemmet. Om den grundläggande uppbyggnaden inte är tillräcklig riskerar kvaliteten på den medicinska vården och patientsäkerheten påverkas negativt (Pandit et al., 2024).

2.1.3 Framtidens Hospital at Home

Framtiden för Hospital at Home öppnar upp flera möjliga utvecklingsområden som har förmågan att omvandla sjukhusvårdssystemet världen över. Det kan vara teknologiska framsteg såsom telemedicin, fjärrövervakning och artificiell intelligens som har stor potential inom utvecklingen av HaH. Dessa innovationer möjliggör en ständig övervakning av patientens hälsotillstånd, snabbare diagnoser och individualiserade behandlingsplaner.

I artikeln Digital Medicine (2024) av NHS England beskrivs även hur Hospital at Home kan spela en stor roll i att skapa en mer hållbar och effektiv vårdmodell för framtiden. Deras ambition var att bli världens första net-zero sjukvårdssystem till år 2045. Några viktiga punkter som togs upp för att åstadkomma målen var möjligheten att minska koldioxidutsläppen genom att färre patienter transporteras till och från sjukhusen med ambulans eller bil. Detta minskar förstas bränsleförbrukningen och patienter behöver resa till och från sitt hem för att utföra kontroller och behandlingar. Vårdpersonalen kan i stället införa fler virtuella besök med patienter med hjälp av digitala verktyg (Powell et al., 2024).

Det handlar även om att begränsa medicinskt avfall genom att anpassa vården mer utifrån patienternas individuella behov och att undvika överanvändning av resurser inom sjukhusvården. På sjukhuset används många engångsartiklar för att minimera risken för smittspridning, vilket resulterar i stora mängder avfall. Med HaH-modellen finns det däremot en större möjlighet till att kunna återanvända vissa förpackningar och material på ett mer säkert sätt. Detta bidrar också till att minska slöserier vilket innebär att mängden plast och skyddsutrustning minskar (Powell et al., 2024).

Dessutom föreslogs att effektivisera energiförbrukningen genom att minska beroendet av fysiska sjukhusavdelningar, vilka ofta kräver stora mängder energi och bidrar till avfall. Detta är eftersom sjukhus har ett stort energibehov på grund av att de är öppna dygnet runt och kräver konstant drift av sina tekniska system. Patienter som får sjukhusvård i hemmet använder energi för att driva nödvändig medicinsk utrustning, men i en mycket mindre skala än vad som krävs på ett sjukhus (Powell et al., 2024).

2.1.4 Etiska och juridiska utmaningar inom Hospital at Home

För att hantera datainsamling för patienter som deltar i sjukvård i hemmet så ställs det krav på man följer dataskyddslagar, särskilt GDPR i EU. Det föreslås en semi-automatiserad metod som syftar till att hjälpa e-hälsotjänster, inklusive Hospital at Home, att följa gällande lagar och regler. Detta minskar risken för mänskliga fel, effektiviserar granskningsprocessen och gör det enklare att anpassa sig till förändringar i lagstiftningen. Fördelarna med metoden är att det ska spara tid, ökar noggrannhet och strukturerar upp de juridiska kraven (Amantea et al., 2021).

När det handlar om en person som får sjukhusvård i hemmet, krävs att det finns en medicinskt stabil eller akut situation och en hög kompetensnivå hos vårdpersonalen för att kunna hantera den avancerade utrustningen i hemmiljön. Utan en gedigen utbildning kan det uppstå medicinska komplikationer och etiska dilemman som påverkar patientens säkerhet (Henningfeld et al., 2024). Artikeln påpekar att begränsade resurser och bristande stöd från vården kan hindra en framgångsrik övergång till sjukhusvård i hemmet. Dessa faktorer kan orsaka ojämlikhet i vården och juridiska problem med korrekt tillgång till medicinsk behandling.

Sammanfattningsvis visar Hospital at Home-modellen potential och olika krav, som till exempel medicinskt och organisatoriskt. För att kunna följa upp och utveckla denna vårdform krävs det förståelse om uppföljningsvariabler. I nästa avsnitt introduceras det teoretiska ramverk, Balanserade styrkort, som används för att strukturera analysen av relevanta nyckeltal (Kaplan & Norton, 1992, 1996).

2.2 Vad är balanserade styrkort

Det balanserade styrkortet är ett styrnings- och uppföljningsverktyg som syftar till att ge en helhetssyn av en organisations prestation än vad den traditionella finansiella nyckeltalen gör. Modellen utvecklades av Kaplan och Norton (1992, 1996) som ett svar på det ökande behovet av att inkludera finansiella och icke-finansiella aspekter i strategisk styrning. Deras utgångspunkt var att många organisationer riskerade att fatta kortsiktiga beslut genom att enbart fokusera på ekonomiska nyckeltal, vilket kunde ske på bekostnad av långsiktig utveckling, kvalitet och kundvärde.

Balanserade styrkort bygger på idén att verksamhetens strategi bör översättas till konkreta mål och nyckeltal inom fyra olika perspektiv: det finansiella perspektivet, kundperspektivet, de interna processerna samt lärande- och utvecklingsperspektivet. Varje perspektiv fångar en dimension av organisationens prestation och ger därmed en mer balanserad helhetsbild av verksamheten (Kaplan och Norton, 1996). Det finansiella perspektivet behandlar hur väl verksamheten presterar ur ett resurs- och kostnadseffektivitetsperspektiv, medan kundperspektivet fokuserar på den upplevda nyttan för brukare, patienter eller kunder. Perspektivet kring interna processer handlar om att identifiera vilka arbetsflöden och aktiviteter som är kritiska för att uppnå hög kvalitet och effektivitet. Det fjärde perspektivet, lärande och tillväxt, fångar organisationens förmåga att utveckla sina medarbetare och främja långsiktig hållbarhet. På senare tid har perspektivet om hållbarhet lyfts fram då det anses vara väldigt viktigt inom utveckling av verksamheter.

En av modellens styrkor är att den möjliggör en tydlig koppling mellan strategi och operativ verksamhet, där övergripande mål bryts ner i mätbara nyckeltal som gör begripliga även på individnivå. Kaplan och Norton (2001) menar att styrkortet inte bara är ett verktyg för uppföljning, utan också ett sätt att implementera och kommunicera strategier inom hela organisationen.

I en alltmer komplex och mångdimensionell verksamhetsmiljö, såsom hälso- och sjukvården, blir behovet av en sådan strukturerad modell särskilt tydlig. Det balanserade styrkortet erbjuder en systematik för att inkludera flera målkonflikter och intressenters behov i styrningen av verksamheten, vilket gör modellen särskilt lämpad för användning i sammanhang där faktorer som vårdkvalitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö är minst lika viktiga som ekonomiska resultat (Zelman et al., 2003).

2.2.1 De fyra perspektiven

Det balanserade styrkortets styrka ligger i dess strukturella uppdelning i fyra kompletterande perspektiv: **finansiellt, kund/patient, interna processer och lärande samt tillväxt/hållbarhet**. Varje perspektiv representerar en viktig dimension av verksamhetens prestation, och tillsammans bidrar de till att ge en balanserad bild av hur väl en organisation når sina mål (Kaplan och Norton, 1996). Dessa perspektiv kan anpassas till olika verksamheter, inklusive hälso- och sjukvården, och utgör en analytisk ram för att identifiera och följa upp relevanta nyckeltal och KPI:er.

Det **finansiella perspektivet** fokuserar på att mäta hur väl organisationen använder sina resurser för att skapa ekonomiskt värde. Inom sjukvården innebär detta bland annat att följa upp kostnad per vårdtillfälle, kostnad per patient eller vårdform, samt budgetavvikelser. I HaH-initiativet kan detta inkludera jämförelser mellan kostnaderna för sjukhusvård i hemmet och slutenvård (Zelman et al., 2003).

Kund- eller patientperspektivet handlar om hur verksamheten uppfattas av den den är till för, i detta fall patienter och deras närstående. Nyckeltal inom detta perspektiv mäter bland annat patientnöjdhet, tillgänglighet, upplevd trygghet, delaktighet och följsamhet till behandling (Coulter, 2012).

Det interna processperspektivet syftar till att identifiera och förbättra de vårdprocesser som är mest kritiska för att uppnå både hög kvalitet och effektivitet. Exempel på relevanta nyckeltal i detta perspektiv är ledtider, antal vårdbesök per dag, övergångar mellan vårdgivare och avvikelserapportering. Inom HaH har det identifierats tidigare att processer som hembesökens genomförande, medicinteknikens funktion, kommunikation mellan teammedlemmar och logistik kring läkemedel och utrustning (Radnor et al., 2012). Genom att analysera processerna kan förbättringsområden identifieras och elimineras.

Slutligen fokuserar **lärande- och tillväxtperspektivet/Hållbarhet** på de långsiktiga förutsättningarna för verksamhetens utveckling. Det omfattar nyckeltal relaterade till medarbetarnas kompetensutveckling, arbetsmiljö, innovation och digitalisering. I sammanhang som HaH har detta inkluderat nyckeltal på hur personalen utbildas i ny teknik, hur nya digitala lösningar implementeras, och hur organisationer arbetar med att förbättra samverkan mellan olika aktörer. Kaplan och Norton (2001) betonar att detta perspektiv utgör grunden för förbättringar inom de tre övriga perspektiven.

Kombinationen av dessa fyra perspektiv möjliggör balanserade styrkort i en flerdimensionell styrning som stödjer både kortsiktig effektivitet och långsiktig hållbarhet.

2.2.2 Användning av balanserade styrkort i hälso- och sjukvården

Balanserade styrkort har fått ökad användning i hälso- och sjukvården i takt med att verksamheterna blivit mer komplexa och behovet av helhetsperspektiv på styrning har vuxit. Genom att kombinera finansiella, patientrelaterade, processmässiga och

utvecklingsorienterade nyckeltal erbjuder modellen en struktur för att balansera mål som ofta står i konflikt, såsom effektivitet, kvalitet och arbetsmiljö (Zelman et al., 2003).

Studier har visat att styrkortet kan förbättra vårdens strategiska tydlighet och uppföljning, särskilt när nyckeltalen anpassas till den specifika kontexten, exempelvis på sjukhus eller i primärvård (Pink et al., 2001).

Trots utmaningarna används styrkortet för att integrera nyckeltal inom ekonomi, kvalitet och hållbarhet.

2.3 Nyckeltal och KPI:er

Nyckeltal och Key Performance Indicators (KPI:er) är centrala verktyg för att styra, följa upp och förbättra verksamheter. De gör det möjligt att mäta resultat i förhållande till strategiska mål och skapa ett datadrivet beslutsunderlag. Enligt Lövgren och Söderström (2020) används nyckeltal för att utvärdera kritiska delar av verksamheten på både strategisk och operativ nivå. KPI:er är en undergrupp av nyckeltal som fokuserar på de faktorer som är mest avgörande för att uppnå organisationens mål. I en komplex vårdmodell är det avgörande att KPI:erna speglar flera perspektiv, inte bara ekonomi, utan även vårdkvalitet, patientupplevelse och hållbarhet.

En tydlig skillnad mellan KPI:er och nyckeltal beskriver Lövgren och Söderström (2020) att KPI:er fokuserar på de mest avgörande faktorerna för att uppnå organisationens strategiska mål. Lövgren och Söderström menar att KPI:er får en styrande funktion då de kopplas till organisationens kritiska framgångsfaktorer. Det är vanligt att organisationer har många nyckeltal, men samtidigt begränsat antal KPI:er, eftersom KPI:erna ska spegla det som är viktigast för verksamheten.

Ett framgångsrikt arbete med KPI:er förutsätter att de är tydligt kopplade till visionen, målen och strategierna för verksamheten. Målet med användningen av KPI:er är att de ska ge en snabb och lättförståelig bild av hur verksamheten presterar samtidigt som KPI:erna visar på tidiga signaler vid avvikelser som kräver åtgärder (Lövgren och Söderström, 2020). En väl fungerande uppföljning av KPI:er bidrar då inte bara till styrning internt utan också till lärande och förbättringsarbete, där organisationen kan identifiera förbättringsmöjligheter baserat på data och analys.

För att KPI:er ska bli verksamma i praktiken krävs att de är begripliga och förankrade i hela organisationen, från ledning till operativ personal. Det skapar engagemang och en tydlig röd tråd mellan övergripande mål och det dagliga arbetet.

I den offentliga sektorn och mer specifikt i hälso- och sjukvården, som i projektet Hospital at Home, ställs det specifika krav på utformning och användning av KPI:er. KPI:erna behöver fånga aspekter som patientsäkerhet, vårdkvalitet och patientupplevelser. Lövgren och Söderström (2020) betonar att KPI:er i dessa organisationer behöver ses från flera olika perspektiv, finansiella, processrelaterade och kvalitetsrelaterade, för att ge en tydlig bild av verksamhetens prestation.

2.3.1 Olika typer av nyckeltal och KPI:er

Som tidigare nämnt har nyckeltal och KPI:er en stor betydelse i verksamheter. Genom att kvantifiera olika delar av verksamheten möjliggörs en strukturerad uppföljning och analys som stödjer såväl förbättringsarbete som beslutfattande.

Inom hälso- och sjukvården, är behovet av att kombinera olika typer av nyckeltal särskilt stort. Den komplexa miljön och organisationen som sjukvården har samtidigt som det finns skiftande behov av intressenter gör att en ensidig uppföljning, exempelvis enbart finansiellt, riskerar att ge en skev bild av verksamhetens prestationer. För att skapa en balanserad och långsiktigt hållbar styrning behöver nyckeltal och KPI:er täcka in flera perspektiv, såsom ekonomi, processer, kvalitet och hållbarhet (Parmenter, 2015).

2.3.1.1 Finansiella Nyckeltal

Finansiella nyckeltal är väldigt viktigt inom verksamhetsstyrning i privat och offentlig sektor. Nyckeltalen har sin grund i ekonomistyrning och syftar till att mäta organisationens kostnader och intäkter (Modell, 2009). Exempel på vanliga finansiella nyckeltal inom sjukvården är kostnad per patient, som används för att analysera hur stora resurser som krävs för att behandla en patient, samt kostnad per vård dag, vilket möjliggör jämförelser av vårdens kostnadseffektivitet över tid mellan vårdformer. Ett annat nyckeltal är budgetavvikelse, som används för att följa upp om verksamheten håller sig inom budget. Andra ofta förekommande nyckeltal är totala vårdkostnader och resurseffektivitet, som ger en bild av kostnaderna för vårdinsatser och hur vårdresultat sätts i relation till de resurser som har lagts in. I Hospital at Home konceptet kan finansiella nyckeltal användas för att jämföra kostnader för vård i

hemmet med traditionell slutenvård, vilket ger underlag för beslut om vårdformens ekonomiska hållbarhet.

Ett utbrett användande av finansiella nyckeltal kan dock leda till att ekonomisk effektivitet prioriteras på bekostnad av vårdkvalitet och patientsäkerhet. Kaplan och Norton (1996) lyfter fram att finansiella nyckeltal ofta är historiska och speglar vad som redan har hänt, snarare än att de ger vägledning för framtida förbättringar. För att motverka detta används finansiella nyckeltal ofta i kombination med process- och kvalitetsmått i exempelvis Balanced Scorecard-modellen, där ekonomisk kontroll kombineras med andra styresperspektiv (Kaplan och Norton, 1996).

I offentlig sektor, där ekonomiska resurser är begränsade och politiska krav på kostnadskontroll är höga, är finansiella nyckeltal särskilt viktiga. Samtidigt har forskning visat att ett ensidigt finansiellt fokus kan bidra till att personalens motivation och professionella autonomi undergrävs, särskilt i vården där kvalitativa faktorer är svårare att kvantifiera (Modell, 2009).

I tabellen nedan presenteras en tabell av de nyckeltal som har diskuterats ovan samt deras syften.

Tabell 2: Vanligt förekommande finansiella nyckeltal samt deras syfte

Finansiella nyckeltal	Syfte
Kostnad per patient	Mäta den genomsnittliga kostnaden för en patient
Kostnad per vård dag	Mäta kostnadseffektiviteten för varje vård dag
Budgetavvikelse	Följa upp om verksamheten håller sig inom tilldelad budget
Totala vårdkostnader	Helhetsbild av samtliga vårdrelaterade kostnader

Resurseffektivitet	Mäter output i förhållande till input, till exempel vårdresultat per krona
---------------------------	--

2.3.1.2 Processrelaterade Nyckeltal

Processrelaterade nyckeltal är en central del av prestationsstyrning i verksamheter med flöden och samverkande processer, såsom sjukvården. Dessa nyckeltal används för att mäta hur effektiva vårdprocesser genomförs och identifiera var det finns potentiella flaskhalsar eller ineffektiva arbetsmoment. Exempel på processrelaterade nyckeltal inom Hospital at Home är tiden som går från en remiss tills patienten skrivs in, vilket ger en uppfattning om hur snabbt patienten får vård, samt antalet hembesök som görs varje dag, vilket är användbart för att övervaka resursanvändning och arbetsbelastning. En annan viktig nyckeltal är hur stor del av sjuksköterskornas arbetstid som är inriktad på direkt kontakt med patienter, vilket visar hur mycket tid som spenderas på patientarbete jämfört med administrativa uppgifter.

Andra nyckeltal kan omfatta överföringskvalitet mellan olika aktörer, vilket visar hur effektivt ansvar och information delas mellan sjukhusen. Dessutom kan andelen aktiviteter som inte skapar värde ingå, vilket visar hur mycket tid som spenderas på saker som inte direkt gynnar patienten, såsom väntetider eller upprepade insatser.

Lean healthcare, som bygger på principerna från Toyotas produktionssystem, har introducerat ett ökat fokus på att mäta och förbättra vårdprocesser (Radnor et al., 2012). Processrelaterade nyckeltal kan synliggöra icke-värdeskapande aktiviteter och möjliggöra systematiska förbättringar. Enligt Øvretveit (2009) är just processnyckeltal särskilt viktiga i vårdflöden där många aktörer och professioner är inblandade, eftersom de gör det möjligt att följa patientens väg genom vårdsystemet och att övergångar fungerar sömlöst.

Samtidigt finns en risk att överdrivet fokus på processeffektivitet leder till fragmentering och suboptimering, där varje enhet optimerar sina egna processer utan hänsyn till helheten (Modell, 2009). För Hospital at Home är det viktigt att processnyckeltal inte bara mäter interna flöden, utan också hur samarbetet med andra vårdgivare och kommunen fungerar.

Nedanstående tabell presenterar viktiga processrelaterade nyckeltal som vanligen används inom hälso- och sjukvården, tillsammans med deras primära syfte.

Tabell 3: Vanligt förekommande process nyckeltal samt deras syfte

Process nyckeltal	Syfte
Ledtid från remiss till inskrivning	Mäta tidsfördröjning mellan remiss och påbörjad vård
Antal hembesök per dag	Mäta resursutnyttjande och arbetskapacitet hos personal
Andel arbetstid i direkt patientkontakt	Mäta hur stor del av personalens tid som går till direkt vårdarbete
Överlämningskvalitet mellan aktörer	Bedöma hur smidigt information och ansvar överförs mellan olika vårdgivare
Andel icke-värdeskapande aktiviteter	Identifiera tid som går åt till onödiga eller ineffektiva moment

2.3.1.3 Kvalitetsnyckeltal

Kvalitetsnyckeltal är viktiga för att att vården inte bara är kostnadseffektiv utan också är säker, jämlik och patientcentrerad. Kvalitet kan mätas genom struktur-, process- och resultatmått. Exempel på kvalitetsnyckeltal är patientnöjdhet, som speglar patientens upplevelse av vården, och andel oplanerade återinläggningar, som kan indikera brister i behandlingsresultat eller vårdövergångar. Ett annat nyckeltal är följsamhet till vårdprogram, vilket visar hur vårdpersonal tillämpar riktlinjer och protokollen de använder.

Patientupplevelser och patientrapporterade utfallsmått har fått allt större betydelse, i linje med en utveckling mot personcentrerad vård (Coulter, 2012). Dessa kvalitetsnyckeltal, som inkluderar Patient Reported Experience Measures (PREM) och Patient Reported Outcome Measures (PROM), ger direkt återkoppling från patienter och kan användas för att förbättra vårdprocesserna och den upplevda kvaliteten (Kingsley och Patel, 2017). PREM fokuserar på hur patienten upplevt vården, medan PROM fokuserar på patientens upplevda hälsa och funktion efter sjukvårdens insats.

För att skapa en lärande organisation behöver nyckeltalen för kvalitet inkludera patientsäkerhetsnyckeltal, såsom antal vårdrelaterade infektioner eller läkemedelsavvikelser. Genom att systematiskt analysera och återkoppla dessa data kan vården proaktivt identifiera risker och förhindra framtida avvikelser.

Tabellen nedan presenterar kvalitetsnyckeltal samt deras syften, som presenterades ovan.

Tabell 4: Vanligt förekommande kvalitet nyckeltal samt deras syfte

Kvalitet nyckeltal	Syfte
Patientnöjdhet (PREM)	Mäter hur nöjd patienten är med vårdupplevelsen
Patientrapporterade utfall (PROM)	Mäter patientens egen upplevelse av sin hälsa och behandlingsresultat
Andel oplanerade återinläggningar	Indikator på vårdkvalitet och om insatser varit tillräckliga
Följsamhet till vårdprogram	Mäter hur väl vårdpersonal följer etablerade riktlinjer och behandlingsprotokoll
Antal läkemedelsavvikelser	Mäter felaktigheter i läkemedelshantering

2.3.1.4 Hållbarhetsnyckeltal

Hållbarhetsnyckeltal har fått ökad betydelse i takt med att hälso- och sjukvården integrerar miljömässig och social hållbarhet i sin styrning. Sådant nyckeltal hjälper till att uppskatta hur vården påverkar miljön, resurser och arbetsförhållanden, samt att dessa aspekter kan övervakas och förbättras. Vanliga exempel på hållbarhetsnyckeltal inkluderar utsläpp av koldioxid från personalens transporter, vilket visar på den miljöpåverkan som vården har, samt energiförbrukning av medicinteknisk utrustning, vilket indikerar resursanvändningen inom hemvården (Sustainable Healthcare Steering Group, 2019).

Även social hållbarhet kan bedömas med hjälp av nyckeltal, till exempel genom att granska arbetsmiljön och hälsan hos personalen där aspekter som nivåer av stress, ergonomi

och möjligheter till återhämtning ingår. Ett annat sätt att mäta är hur väl hållbarhetsfrågor är inbakade i ledning och strategier för verksamheten, vilket visar på organisationens ansvarstagande över tid.

Att integrera hållbarhetsnyckeltal i samma styrmodell som ekonomiska och kvalitetsrelaterade nyckeltal skapar förutsättningar för att hållbarhet blir en naturlig del av verksamhetens strategiska mål (Sustainable Healthcare Steering Group, 2019).

Tabellen nedan visar vanliga nyckeltal för hållbarhet inom hälso- och sjukvården samt deras primära syften.

Tabell 5: Vanligt förekommande hållbarhetsnyckeltal samt deras syfte

Hållbarhets nyckeltal	Syfte
Koldioxidutsläpp från personaltransporter	Mäta miljöpåverkan från resor kopplade till vårdutövning
Energiförbrukning för medicinteknisk utrustning	Mäta resursanvändning och miljöpåverkan i hemvårdutförande
Personalens arbetsmiljö och hälsa	Mäta sociala hållbarhet, till exempel ergonomi, stressnivåer och återhämtning
Integration av hållbarhet i styrning	Mäta i vilken grad hållbarhetsaspekter är en del av verksamhets strategier

2.3.1.5 Patientcentrerade nyckeltal

Förutom tidigare nämnda kvalitetsnyckeltal är återinläggningsfrekvens en central patientrelaterad nyckeltal inom hälso- och sjukvården. Detta nyckeltal mäter andelen patienter som, efter utskrivning, återinläggs inom en viss tidsperiod, ofta 30 dagar. En hög återinläggning frekvens kan indikera brister i vårdkvaliteten, såsom otillräcklig behandling, bristande uppföljning eller otillräcklig patientutbildning (Wallon et al., 2010).

En studie vid Universitetssjukhuset i Linköping analyserade oplanerade återinläggningar på en kirurgisk klinik och fann att 6,6 procent av patienterna återinlades oplanerade inom 30 dagar. Orsakerna till dessa återinläggningar inkluderade postoperativa infektioner och komplikationer relaterade till det kirurgiska ingreppet (Wallon et al., 2010). Dessa fynd understryker vikten av att noggrant övervaka och analysera återinläggningsfrekvenser för att identifiera områden där vårdprocesser kan förbättras.

I tidigare forskning har återinläggningsfrekvens lyfts fram som betydelsefullt inom Hospital at Home-modellen, eftersom en av modellens huvudsakliga fördelar är att minska behovet av sjukhusinläggningar genom att erbjuda sjukhusvård i patientens hem. Studier har visat att patienter som sjukvårds i hemmet kan ha lägre eller liknande återinläggningsfrekvenser jämfört med traditionell sjukhusvård, vilket tyder på att denna vårdmodell kan vara effektiv för att minska sjukhusbelastning. (Caplan et al., 2012).

Det är dock viktigt att förstå att låg återinläggningsfrekvens inte är ett tecken på hög vårdkvalitet. En studie av Kansagara et al. (2024), har visat att en återinläggningsfrekvens nära noll kan vara ett tecken på att sjukvården vårdar patienter med låg vårdbehov, eller att patienter inte får återläggas trots behov, som kan indikera en risk för underbehandling. Inom Hospital at Home är det därför centralt att hitta en balanserad återinläggning som speglar god vård, korrekt patientselektering och behovsanpassade insatser. En optimal nivå varierar mellan vårdkontexter men bör baseras på vårdtyngd och diagnosgrupp, snarare än en generell målsättning om att återinläggningar ska undvikas (Kansagara et al., 2011)

Det finns ingen målnivå för återinläggningsfrekvens, eftersom nyckeltalet påverkas av faktorer såsom hälsotillstånd vårdens komplexitet. Däremot kan man använda nationella riktvärden för vägledning. Inom HaH bör målet inte vara noll, utan en nivå som kan spegla en hälsosam selektion av patienter och tillgången till återinläggningar när behovet uppstår (Kansagara et al., 2011)

Ett annat viktigt nyckeltal är patientens funktionsförmåga efter vårdinsatsen, detta nyckeltal fokuserar på patientens förmåga att återgå till dagliga aktiviteter och bibehålla självständighet efter behandling. Inom Hospital at Home-modellen är det avgörande att utvärdera hur väl patienterna återhämtar sig i sin hemmiljö och om vårdformen stödjer en snabbare eller mer komplett återhämtning jämfört med slutenvård (Leff et al., 2005).

Följsamhet till behandlingsplaner är även viktig att kunna följa upp, eftersom patientens efterlevnad påverkar vårdresultaten. I hemmet kan faktorer som brist på tillsyn och stöd påverka följsamheten negativt. (Shepperd et al., 2016).

Utöver dessa är självrapporterad trygghet och upplevd delaktighet nyckeltal som fångar patientens upplevelse av sjukvården. Nyckeltalet kan fånga kvaliteten av sjukvården och hur engagerad patienten känner sig i beslutfattandet.

Tabellen nedan sammanfattar patientrelaterade nyckeltal samt deras syfte som har diskuterats ovan.

Tabell 6: Vanligt förekommande patientrelaterade nyckeltal samt deras syfte

Patientrelaterad nyckeltal	Syfte
Återinläggningsfrekvens	Mäter hur många patienter som återläggs inom en viss tidsperiod efter utskrivning
Funktionsförmåga efter vård	Bedöma patientens återgång till självständighet och dagliga aktiviteter
Följsamhet till behandlingsplan	Mäter hur väl patienten följer ordinerade behandlingar
Självrapporterad trygghet	Mäter hur trygg patienten känner sig med att få vård i hemmet
Patientens delaktighet i vården	Bedömer i vilken utsträckning patienten upplever sig vara delaktig i beslut

Kombinationen av finansiella, processrelaterade, kvalitativa, hållbarhets- och patientcentrerade nyckeltal kan ett styrsystem byggas. För att förstå hur dessa nyckeltal kan användas inom vårdmodellen Hospital at Home, går vi i nästa avsnitt vidare till en

genomgång av specifika KPI:er I denna kontext, både från internationell litteratur och med fokus på anpassning till Svenska förhållanden.

2.4 KPI:er inom Hospital at home

För att kunna följa upp och utvärdera vårdformen Hospital at home krävs genomtänkta KPI:er. Dessa KPI:er används för att mäta sjukvårdens faktorer som är centrala för att sjukhusvård i hemmet uppfyller samma krav som traditionell slutenvård. I följande avsnitt presenteras exempel på vanliga KPI:er som förekommer inom HaH, både i internationella studier och i praktisk tillämpning. Därefter diskuteras hur dessa nyckeltal ser ut i olika länder och vilka lärdomar som kan dras, med särskilt fokus på hur nyckeltalen kan anpassas till den svenska kontexten genom projektet Sahlgrenska hemma.

2.4.1 Vanliga KPI:er inom Hospital at Home

För att få en djupare förståelse av de olika nyckeltal som används inom Hospital at Home, är det värdefullt att först få en översikt över några centrala KPI:er. **Mortalitet** utgör ett centralt nyckeltal (KPI) för att bedöma säkerheten för patienter. Det framkom att HaH leder till en minskad mortalitet bland patienter som får vård och att mortaliteten generellt sett är lägre, eller åtminstone jämförbar, med den traditionella sjukhusvården (Levine et al., 2019).

Ett annat centralt nyckeltal som används för att utvärdera vårdresultatet inom HaH är **återinläggningsfrekvensen**. Detta är betydelsefullt att överväga för att uppnå en balans på kritiska transporter, följdkostnader och vårdkvalitet. En analys har visat att återinläggningsfrekvenserna bland patienter som får vård inom HaH är lägre eller åtminstone jämförbara, med dem som får vård på sjukhus (Leff et al., 2024). Detta kan uppnås genom kontinuerlig övervakning och snabba justeringar av behandlingsplaner direkt i patientens hem. Detta indikerar att HaH kan bidra till att förhindra onödiga sjukhusvistelser, vilket i sin tur förbättrar patienternas upplevelse och bidrar till en minskning av vårdkostnader.

Patientnöjdhet är ett nyckeltal som läggs mycket vikt till då det är kvalitetsfaktor för att bedöma hur nöjda patienter är med sin vård inom HaH. En studie från Mount Sinai Health System visar att patienter som deltog med sjukhusvård i hemmet upplevde en högre grad av tillfredsställelse jämfört med dem som vårdades på traditionella sjukhus. Denna skillnad kan förklaras med att patienter upplever en mer individualiserad vård i en trygg miljö som ges i deras hem (DeCherrie, 2021). Resultaten indikerar att patienter i högre grad känner sig trygga

och nöjda i den bekanta hemmiljön, vilket i sin tur kan bidra till en förbättrad återhämtning samt en lägre nivå av upplevd stress.

Hospital at Home modellen har utformats för att ha minst lika bra patientvård, ge möjlighet att återhämta sig i en bekant miljö och minska kostnaderna. En viktig aspekt som påverkar dessa faktorer är **sjukhusvistelsens längd** där en kortare vistelsetid kan indikera att HaH är mer effektivt än traditionell slutenvård. En rapport från CMS visar att den genomsnittliga vårdtiden för patienter som deltog i HaH-modellen var något kortare än för de som var inlagda på sjukhus. Detta resulterade i både kostnadsbesparingar och förbättrad patientvård (CMS, 2024).

Den grundläggande tanken bakom etableringen av sjukhusvård i hemmet är att avlasta den traditionella vården, för att därmed frigöra sängplatser. Det är kostsamt för sjukvården att hålla patienter i slutenvård. HaH uppvisar **kostnadseffektivitet** genom att minska behovet av sjukhusvistelser samt optimera resursanvändningen. Enligt en studie från Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) har HaH visat sig ha lägre vårdkostnader i jämförelse med traditionell sjukhusvård, vilket beror på kortare vårdtider och minskade diagnostiska tester (CMS, 2024). Detta gör HaH till ett mycket attraktivt alternativ både för patienter och för sjukvårdssystemet, särskilt under perioder med hög efterfrågan på sjukhusvård.

Slutligen är **komplikationer**, såsom förekomsten av vårdrelaterade infektioner, avgörande för att utvärdera effektiviteten av HaH-modellen. Forskning visar att patienter som får vård inom HaH löper en lägre risk för infektioner och förvirring (Leff et al., 2024).

2.4.2 Hospital at Home internationellt

I **Spanien** är konceptet ”Hospital at Home” en viktig och väletablerad del av det offentliga sjukvårdssystemet och används i stor omfattning. En studie från Katalonien visar att HaH-modellen startades igång i hela regionen under 2011, och att antalet patienter har ökat markant över tid. År 2019 fick över 8 000 patienter tillgång till denna vårdform, vilket resulterade i kortare vårdtider, färre återinläggningar och allmänt en högre kvalitet på vården (González-Colom et al., 2024).

En stor faktor bakom framgången i Spanien är den starka finansieringen av modellen genom det offentliga sjukvårdssystemet. Detta står i kontrast till länder som Sverige och USA, där finansieringsmodeller fortfarande håller på att utvecklas.

Australien har varit en ledande aktör inom konceptet Hospital at Home när det gäller geriatrisk vård och palliativ behandling. Enligt en studie från Perth Children's Hospital i västra Australien visar det sig att äldre patienter som deltar i HaH-modellen i Australien upplever färre komplikationer, kortare vårdtider och en högre grad av självständighet jämfört med traditionell sjukhusvård. Den främsta fördelen med det australiska systemet är dess starka fokus på geriatrisk vård och rehabilitering. Deras koncept av sjukhusvård i hemmet är mer riktat åt patienter med kroniska sjukdomar och har lyckats skapa effektiva arbetsmetoder för att anpassa vården olika vårdgivare (Pediatric Nursing, 2021).

I **USA** har intresset för Hospital at Home vuxit markant efter att Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) införde ett tillfälligt ersättningssystem under Covid-19 pandemin. Detta fick Hospital at Home modellen få samma ersättning som för traditionell sjukhusvård som ledde till en ökning av att många sjukhus ville delta i det nya konceptet som resulterade i över 175 deltagande sjukhus under år 2021 (DeCherrie, 2021).

Studier från Mount Sinai Health System i New York visar att patienter som vårdas inom HaH upplever en mycket bättre patientnöjdhet jämfört med de som får vård på sjukhus. Detta beror på att vården är mer individanpassad och att patienterna känner sig tryggare i sina egna hem (DeCherrie, 2021). Dessutom indikerar forskningen att HaH i USA kan medföra betydande kostnadsbesparingar, framför allt genom minskade komplikationer och ett reducerat behov av återinläggningar.

Trots de framgångar som USA har nått, står landet inför flera utmaningar som Sverige kan dra lärdom av. En av de största hindren är de betydande skillnaderna i ersättningssystem mellan olika delstater och försäkringsbolag. På grund av det finns en brist på att komma överens med finansieringsmodeller, vilket i sin tur komplicerar möjligheterna för sjukhusen att en långsiktig finansiering av HaH skall fungera (DeCherrie, 2021). Denna aspekt är särskilt relevant att ta hänsyn till i Sverige, där finansieringsmodeller för HaH fortfarande är under utveckling.

2.4.3 Internationella erfarenheter av HaH och KPI:er

Med hjälp av internationella studier har det identifierats och testats nyckeltal och KPI:er för att mäta kvalitet, effektivitet och säkerhet inom Hospital at Home och närliggande

vårdmodeller. Dessa nyckeltal varierar dock stort i typ och tillämpning, men ger viktiga insikter i hur Hospital at Home kan följas upp och styras i praktiken.

Foong et al. (2022) genomförde en systematisk genomgång av kvalitetsnyckeltal inom sjukhusvård i hemmet internationellt och fann att:

- 3% av nyckeltalen var resultatmått
- 7% fokuserade på processer

Denna fördelning, i kombination med bristande vetenskaplig validering, pekar på ett behov av mer balanserade KPI:er. Studien visar också på risken med att enbart fokusera på resultatmått utan att fånga processernas kvalitet.

I en pilotstudie av Bausewein et al. (2023) testades 16 nyckeltal inom Hospital at Home i Tyskland, några av dessa var:

- Smärtfrihet under sista dygnet i livet (69%)
- Genomförda familj konferenser (29,8%)
- Psykosocial bedömning (45,3%)
- Smärtbedömning med uppföljning (46,1%)
- Undvikande av HLR trots önskemål: (97,6% följsamhet)

Här breddas perspektivet till att inkludera medicinska och psykosociala processer. Att vissa nyckeltal hade låg uppfyllnadsgrad visar samtidigt på implementeringsutmaningar.

En studie från Portugal av Correia Azevedo et al. (2024) visar att nyckeltal som:

- Vårdtid
- Mortalitet
- Funktionsnivå (barthel index)
- Fallrisk (morse)
- Trycksårsrisk (braden)

Dessa nyckeltal kan användas för att följa patientens tillstånd och vårdresultat inom HaH. I studien var till exempel medianvårdtiden 9 dagar för HaH jämfört med 7 dagar i slutenvård, samt var andelen patienter med hög fallrisk vid utskrivning 31% för HaH och 16% för slutenvård. Denna studien betonar vikten av att inte bara mäta resultat, utan även riskfaktorer.

Slutligen fokuserade Puchi-Gómez et al. (2018) på nyckeltal som:

- Oplanerade återinläggningar
- Fel i läkemedelshantering
- Patienters vägran att acceptera hemvård
- Oplanerade telefonsamtal från patienter

Dessa nyckeltal fångar organisatoriska och beteendemässiga faktorer som är viktiga för patientsäkerheten. Sammanfattningsvis visar dessa studier att internationell forskning erbjuder ett brett spektrum av KPI:er, från kliniska resultat till patientupplevelse. Samtidigt saknas det tydliga riktlinjer på vilka nyckeltal som bör användas, detta gör att studierna även understryker vikten av att utveckla lokalt anpassade nyckeltal, särskilt inom modeller som HaH.

För att ge en bild av vilka sorters nyckeltal som ofta används i internationella studier om hälso- och sjukvård, presenteras i Tabell 7 nedan en sammanställning av ett antal nyckeltal som har diskuterats ovan. Tabell 7 illustrerar både nyckeltal på utfall, arbetssätt och organisation, vilket återspeglar den variation som finns i hur man har försökt mäta vårdens kvalitet och effektivitet i olika situationer.

Tabell 7: Exempel på nyckeltal, mätvärden och källor från internationella Hospital at Home-studier.

Nyckeltal	Typ	Resultat	Källa
Smärtfrihet sista dygnet	Resultat	69% av patienter	Bauseweint et al., 2023
Vårdtid	Effektivitet	Median: HaH 9 dagar, CH 7 dagar	Correia Azevedo et al., 2024
Hög fallrisk vid utskrivning	Resultat	HaH: 31%, CH: 16%	Correia Azevedo et al., 2024
Funktionsnivå (Barthel Index)	Resultat	Median oförändrad i HaH	Correia Azevedo et al., 2024
Psykosocial bedömning genomförd	Process	45,3% av patienter	Bausewein et al., 2023

Vägran att delta i HaH	Struktur/val	Rapporterat som nyckeltal	Puchi-Gómez et al., 2018
-----------------------------------	--------------	------------------------------	-----------------------------

2.4.4 Behovet av kontextanpassade KPI:er i Sahlgrenska hemma

Man kan se på internationella studier (Foong et al., 2022; Bausewein et al., 2023; Correia Azevedo et al., 2024) att det finns många variationer av nyckeltal för att mäta vårdresultaten på Hospital at Home, men det kan fortfarande saknas en sammanställning av KPI:er som är anpassade efter den svenska kontexten. I Sverige pågår fortfarande utvecklingen av HaH-modellen, vilket syns på pilotprojektet, "Sahlgrenska hemma". Detta innebär att många av de nyckeltalen som används internationellt ännu inte har prövats eller anpassats till den svenska vården, lagar, resursfördelningen samt de olika patientgrupperna. Det är detta tomrum som examensarbetet skall belysa och görs genom att kolla på internationella nyckeltalen och analysera deras betydelse i den svenska kontexten. Därifrån kan relevanta KPI:er som ska hjälpa till med styrning, uppföljningen och kvalitetsutveckling för Sahlgrenska hemma med fokus på effektivitet, vårdkvalitet och hållbarhet implementeras som ett stöd för ett mer datadrivet och patientcentrerat arbetssätt.

De nyckeltal som ofta förekommer i internationell litteratur, såsom återinläggningsfrekvens, vårdtider, patientnöjdhet och mortalitet, utgör en viktig grund. En särskild prioritet bör vara att inkludera KPI:er som fångar patientens funktionsnivå, följsamhet till behandling samt deras upplevelse av delaktighet i sjukhusvård i hemmet. Detta är en viktig del av den svenska sjukvårdens strävan att erbjuda personcentrerad vård.

För att gå vidare till nästa steg i utvecklingen av Sahlgrenska hemma är det viktigt att pröva nyckeltal som speglar internationella erfarenheter och tar hänsyn till lokala behov och mål. Dessa nyckeltal bör kunna integreras i ett uppföljningssystem såsom det balanserade styrkortet då det skapar transparens och lärande genom hela vårdkedjan.

Avsnittet visar att det finns en bred internationell erfarenhet av KPI:er inom Hospital at Home, men att dessa behöver kontext anpassas för att vara användbara i svensk vårdmiljö. I denna studie utför balanserade styrkortet och insikterna från dessa KPI-exempel grunden för att identifiera relevanta nyckeltal för Sahlgrenska hemma, något som vidare analyseras i studiens empiriska del.

3. Metod

Syftet med metodavsnittet är att förklara de metoder och tillvägagångssätt som har använts för att besvara forskningsfrågor. Här beskrivs de datainsamlingsmetoder som har använts, hur de har analyserats och tolkats för ett relevant och tillförlitligt resultat. Metodavsnittet ger även läsaren en tydlig bild om hur genomförandet av studien har varit som även möjliggör en bedömning av studiens trovärdighet och generaliserbarhet.

3.1 Datainsamling

För att besvara frågeställningen korrekt och med flera aspekter krävs det en bred datainsamling av olika former. Under detta kapitel kommer det beskrivningar av de metoder skribenterna har använt för att besvara frågeställningen med trovärdighet.

3.1.1 Kvalitativ insamlingsmetod

I denna studie användes en kvalitativ forskningsstrategi med målet att få en djupare förståelse för hur nyckeltal (KPI:er) kunde identifieras och tillämpas inom vårdmodellen Sahlgrenska hemma. En kvalitativ strategi var lämplig eftersom studiens fokus låg på att utforska uppfattningar, erfarenheter och kontextbundna faktorer snarare än att mäta kvantitativa samband.

Primärdata samlades in genom semistrukturerade intervjuer med utvalda respondenter som var direkt eller indirekt involverade i Sahlgrenska hemma projektet. Denna metod möjliggjorde både struktur och flexibilitet, där öppna frågor kombinerades med möjlighet till fördjupning och följdfrågor utifrån respondentens svar (longhurst, 2009). Intervjuerna beräknades vara mellan 30-60 minuter långa beroende på tillgänglighet och ämnesrelevans.

Urvalet av respondenter gjordes genom ett målstyrt urval, med fokus på personer med särskild kunskap eller erfarenhet av Sahlgrenska hemma modellen. Urvalet motiverades av att få en mångsidig bild av projektet, både utifrån ett praktiskt, organisatoriskt, analytiskt och akademiskt perspektiv. De intervjuade personerna var:

- **Anna Pihlström, Markus Jonebrant** och **Jan Eriksson** från Sahlgrenska universitetssjukhuset, som hade en direkt koppling med HaH-projektet.
- **Marie Lind**, specialist inom dataanalys, som bidrog med insikter kring metoderna för datainsamling och tolkning av information.
- **Sofie Peters** från Chalmers tekniska högskola, som erbjöd ett akademiskt perspektiv på tillämpningen av nyckeltal och KPI:er inom hälso- och sjukvården.
- **Peter Hällgren**, läkare från Sahlgrenska.

Syftet med intervjuerna var att samla in information om Sahlgrenska hemma projektets struktur, mål och utmaningar samt att få insikter om vilka mätetal som kan vara relevanta att använda vid utvärdering av modellen. Den semistrukturerade intervjun finns i *bilaga 1*.

3.1.2 Litteratursökning

Det genomfördes en analys av sekundärdata i form av tidigare rapporter, dokument och ekonomiska modeller kopplade till HaH-projektet för att komplettera intervjudatan. Studier hade visat vikten av sådana analyser för att bedöma vårdmodellens hållbarhet och effektivitet (Leff et al., 2022).

För att bredda perspektivet längre än Sahlgrenska universitetssjukhus planerades även kontakt med andra sjukhus och organisationer som hade implementerat projekt likt HaH. Syftet var att jämföra deras KPI:er med Sahlgrenskas och därifrån analysera samt dra lärdomar från olika erfarenheter. Detta kunde bidra till identifiering av potentiella fallgropar.

3.2 Analys av data

Intervjuerna med respondenterna analyserades med hjälp av tematisk analys, vilket var en lämplig metod för att identifiera och tolka återkommande mönster i kvalitativa data.

Processen började med att anteckningar från intervjuerna lästes noggrant igenom för att bekanta sig med materialet. Därefter markerades relevanta delar utifrån syftet med studien och slutligen organiserades de olika delarna i olika teman. Detta möjliggjorde en strukturerad analys som ger insikter i respondentens erfarenheter och synpunkter. Tematisk analys valdes på grund av flexibiliteten och förmågan att ge en djupare förståelse för respondenternas perspektiv.

3.3 Validitet och Reliabilitet

De personer som intervjuades i denna studie valdes ut genom ett målstyrt urval, baserat på deras expertis och erfarenhet inom Sahlgrenska hemma. Detta gav tillgång till insikter och praktiska perspektiv som är centrala för att förstå modellens funktion och utvecklingsmöjligheter. Samtliga respondenter tillfrågades om det var okej att deras namn används i rapporten, och samtycke inhämtades.

Trots respondenternas sakkunskap fanns en medvetenhet om att deras uttalanden kunde färgas av individuella roller, organisationstillhörighet eller personliga intressen. För att minska

riskerna för snedvridning har intervjufrågorna utformats för att vara öppna, neutrala och icke-ledande, med syftet att skapa så objektiv och balanserad bild som möjligt. Informationen från intervjuerna jämfördes också med sekundärkällor för att stärka resultatens trovärdighet.

Validitet i denna studie handlade främst om att de metoder och frågeställningar som användes verkligen undersökte det de var avsedda att undersöka, det vill säga, identifiering och tillämpning av relevanta nyckeltal för uppföljning av HaH. Genom att intervjua personer med direkt erfarenhet av modellen och koppla deras utsagor till teoretiska ramar och tidigare forskning har den interna validiteten stärkts (Bryman & Bell, 2018).

Reliabilitet avsåg i vilken utsträckning studiens resultat kan bli liknande om någon annan genomförde samma studie med samma tillvägagångssätt. Eftersom kvalitativa intervjuer kan påverkas av tolkningsramar, var det viktigt att transparens rådde kring urval, frågekonstruktion och analysmetod. Den semistrukturerade intervjuguiden och noggranna redovisning av analysprocessen syftade till att göra studien reproducerbar i liknande kontext.

Metodens styrkor låg i dess förmåga att fånga komplexa, kontextuella och nyanserade perspektiv som inte kunde mätas kvantitativt. Detta var särskilt relevant inom hälso- och sjukvård där implementering av nya modeller påverkades av såväl organisatoriska som mänskliga faktorer. En nackdel var att resultaten inte var generaliserbara till hela vårdssystemet, utan speglade de specifika erfarenheter och tolkningar som uttrycktes av ett begränsat antal individer. Medvetenheten om dessa begränsningar vägledde tolkningarna och diskussionen av resultatet.

För att ytterligare stärka studiens trovärdighet har sekundärkällor valts med noggrannhet, främst från vetenskapligt granskade publikationer och databaser tillgängliga via Chalmers bibliotek. På så sätt kompletteras intervjudata med teoretisk och empirisk förankring.

4. Resultat

I detta kapitel presenteras resultaten/svaren från de genomförda intervjuerna med respondenterna inom vårdverksamhet och projektet Sahlgrenska hemma. Syftet med kapitlet är att ge en fördjupad förståelse för hur respondenterna ser på Sahlgrenska hemmas syfte, behovet av en struktur för mätetal samt vilka nyckeltal som anses mest relevanta för att följa upp, utvärdera och utveckla vårdformen.

Resultatet är organiserat tematiskt utifrån tre huvudområden som vuxit fram under analysen: **(1)** syftet med Sahlgrenska hemma, **(2)** vikten av att etablera en mätetalstruktur, samt **(3)** vilka nyckeltal som är mest centrala i sammanhanget. Presentationen bygger på återkommande mönster och variationer i respondenters svar, och innehåller representativa citat för att visa olika perspektiv.

4.1 Syftet med Sahlgrenska hemma

En återkommande uppfattning bland de intervjuade är att Sahlgrenska hemma är en nödvändig vårdmodell för att möta framtidens kapacitetsutmaningar inom sjukvården. Det mest framträdande motivet som lyfts är behovet av att skapa en mer flexibel och effektiv sjukvårdform. Modellen beskrivs som ett sätt att frigöra vårdplatser, minska trycket på sjukhusen och samtidigt erbjuda vård med samma medicinska kvalitet som i traditionell slutenvård.

”Vi måste tänka nytt. Sjukhusen klarar inte framtiden krav om vi håller fast vid att all avancerad vård ska ske innanför sjukhusets väggar.”

Det som framträder tydligt i intervjuerna är att modellen inte främst motiveras av ekonomiska besparingar, även om dessa beskrivs som en positiv bieffekt. I stället lyfts målsättningen att uppnå minst lika god vårdkvalitet, men med förbättrad resurseffektivitet och ökad patientnytta.

”Ekonomi är inte det främsta målet. Det handlar om att uppnå samma kvalitet, eller bättre, men med smartare resursanvändning.”

Det patientcentrerade perspektivet betonas starkt i flera intervjuer. Respondenter beskriver hur sjukhusvården i hemmet kan bidra till ökad trygghet, förbättrad återhämtning och högre patientnöjdhet. Att få vård i en bekant miljö, med närhet till anhöriga och större möjlighet till delaktighet, lyfts som viktiga faktorer för livskvalitet.

”Många mår bättre hemma. Det är lugnare, tryggare och man blir inte lika nedstämd som på sjukhus.”

Ytterligare ett återkommande tema är att Sahlgrenska hemma ses som ett nyckel för att skapa en mer hållbar sjukvård. Respondenterna lyfter att det både handlar om att minska överbelastningen av sjukhusresurser och om att införa sjukvårdformer som möjliggör proaktiv, teknikstöd och förebyggande vård i hemmet.

”Det här är inte bara en besparingsfråga, det är en möjlighet att utveckla ett hållbart vårdssystem.”

En särskild aspekt som framkommer i flera intervjuer är att ansvaret för patienten kvarstår hos sjukhuset även när vården sker i hemmet. Det ställer höga krav på struktur, tillit och tydliga vårdflöden, men beskrivs också som ett etiskt ansvarsfullt sätt att fortsätta följa upp patienten efter utskrivning.

”Bara för att patienten är hemma betyder det inte att ansvaret försvinner. Tvärtom, det är vårt ansvar att se till att kvaliteten bibehålls.”

4.2 Varför ska man ha en mätetalstruktur?

De intervjuade beskriver att en relevant tydlig uppföljningsstruktur med hjälp av nyckeltal (KPI:er) är till värde för att kunna utvärdera, styra och vidareutveckla Sahlgrenska hemma. De anser att när Sahlgrenska hemma modellen införs, krävs ett systematiskt tillvägagångssätt för att följa upp både resultat, processer och resurser. Detta är viktigt för att sätta grunden för vårdkvaliteten inom sjukvårdssystemet.

”Man måste kunna visa att det fungerar. Att det inte blir sämre än på sjukhus, utan minst lika bra, helst bättre.”

Många framhäver vikten av att använda nyckeltal för att fånga patientnyttan i en bredare kontext. Det handlar inte enbart om medicinska utfall som mortalitet eller återinläggning, utan även om att ta hänsyn till patienternas upplevelser av trygghet, delaktighet och återhämtning.

”Vi jobbar med människor. Det går inte att mäta allt som i industrin, men vi måste ändå kunna följa upp det som är viktigt.”

Ett återkommande tema som dök upp under intervjuerna är att uppföljningen för tillfället är splittrad. Det finns ofta ett överflöd av data, men denna används inte på ett metodiskt sätt mellan olika verksamheter. Många avdelningar har skapat sina egna mätetal, medan ett gemensamt system fortfarande saknas. Detta bristande samordning uppfattas som ett hinder för både transparens och möjligheterna till lärande mellan enheterna.

”Alla samlar data på sitt sätt. Det blir svårt att jämföra och förstå helheten.”

Från ett perspektiv som är organisatoriskt ses KPI:er som en möjlighet att strategiskt kunna styra, där resultat kan följas upp på flera nivåer. Detta stämmer överens med litteraturen om verksamhetsstyrning i offentlig sektor, där KPI:er ska stödja både beslutsfattande och förbättringsarbete. Genom att koppla KPI:er till vården skapas också tydligare ansvarsförhållanden, något flera av de intervjuade efterfrågar.

”Vi måste veta om vi gör rätt saker, på rätt sätt, för rätt patienter. Annars vet vi inte om vi använder resurserna klokt.”

En annan aspekt som lyfts fram är att uppföljning fungerar som en trygghet, både för personalen och läkaren som tar beslutet. Eftersom HaH bygger på att sjukhusens ansvar kvarstår även när sjukhusvård ges i hemmet, är det avgörande att kontinuerligt visa på kvalitet och patientsäkerhet. Att ha tydligt definierade nyckeltal framstår därför som ett effektivt sätt att minska osäkerheten och styrka förtroendet.

”Det finns en viss oro i början, att det är nytt, att vi inte har patienten framför oss. Då behöver man kunna visa att det fungerar.”

Slutligen lyfts även vikten av att använda sig av olika typer av nyckeltal, något som återkommer i både litteraturen och intervjuerna. Att endast fokusera på ekonomi eller volym riskerar att dölja kvalitativa effekter. Det framhålls att det finns ett behov av att inkludera flera perspektiv, dessa är: vårdkvalitet, processflöden, hållbarhet och arbetsmiljö, i linje med balanserat styrkort.

4.3 Vilka nyckeltal är viktiga för Sahlgrenska hemma

Ett tydligt mönster som framkommer i intervjuerna är att nyckeltal som visar patientnytta, vårdkvalitet och effektivitet anses vara avgörande för att kunna följa upp och utveckla Hospital at Home (HaH) i Sahlgrenska hemma. Vissa personer som intervjuades betonar hur viktigt det är att inte enbart fokusera på volymen av vårdinsatser, utan även att förstå huruvida denna vårdform ger lika goda, eller kanske till och med bättre, resultat jämfört med traditionell slutenvård, både ur medicinsk synvinkel och utifrån patienternas upplevelser.

”Det viktigaste är att följa sådant som ger direkt patientnytta, till exempel återinläggning, mortalitet, vårdtid. Det ska inte bli sämre än om man vårdas på sjukhus.

De mest nämnda nyckeltalen från våra intervjuer var:

- **Återinläggningsfrekvens**

Används som en nyckeltal för vårdkvalitet och följsamhet till behandlingen. En låg återinläggningsgrad tyder på att sjukvårdsinsatser i hemmet har varit både tillräckliga och korrekt genomförda.

Det är dock viktigt, som det påpekas i litteraturstudien, att en återinläggningsfrekvens nära noll inte är optimalt. Låga nivåer behöver inte enbart indikera att sjukvårdsinsatserna har varit tillräckliga, utan även att patienter med låga vårdbehov inkluderas. Den optimala nivån är olika beroende på relation till patienten, den sjukvård som ges och tillgänglighet för återinläggning.

- **Patientnöjdhet**

Flera påpekar betydelsen av att ta med patientens subjektiva upplevelse som ett nyckeltal på kvalitet. Det ska inte enbart handla om medicinska resultat utan också hur patienten upplever bemötandet, delaktighet, trygghet och tillgång till information då det bidrar till en positiv vårdupplevelse.

”Patientens upplevelse måste finnas med. Känner man sig trygg hemma? Kände man sig sedd och hörd?”

- **Vårdtid och resursutnyttjande**

Vårdtiden används för att mäta effektivitet och kan vara längre i hemmet, men samtidigt innebära färre insatser per dag. Därför krävs enligt flera en mer nyanserad syn på hur vårdtid mäts och jämfört. En respondent menar:

”Det kan bli längre vårdtid hemma, men mindre resursåtgång totalt. Det är viktigt att förstå hela bilden.”

- **Antal hembesök och typ av insats**

Det ses som centralt för processuppföljning. Det handlar inte bara om hur mycket vård som ges, utan vilken sorts vård, medicinsk, omvårdnad, rehabilitering, och vilken personal som utfört den. Här efterfrågan mer samordnade IT-system för att underlätta uppföljningen.

- **Mortalitet och vårdrelaterade komplikation**

Medicinska utfall är viktiga för att mäta att vården är lika säker som på sjukhus. Studier har visat att mortalitet inom HaH ofta är jämförbara eller lägre än i traditionell vård, vilket gör nyckeltalen centralt även i svensk kontext.

Flera av de intervjuade uttrycker att det inte är tillräckligt att endast fokusera på ett fåtal nyckeltal. De anser att uppföljningen bör bygga på en sammansättning av olika nyckeltal för att ge en rättvisande bild av vårdmodellens resultat och funktion. Att enbart beakta faktorer som återinläggningar eller antal hembesök räcker inte, det är också viktigt att inkludera mått på patienternas upplevelser, den medicinska kvaliteten samt hur resurserna används.

“Man kan inte bara titta på siffror. Det måste vara en blandning, patientens upplevelse, medicinska resultat, och hur resurser används.”

Respondenterna menar att ett ensidigt fokus på siffror såsom antal vårdtillfällen, besök eller vårdtid är inte tillräckligt för att förstå hur väl vården fungerar. Det beror på att dessa nyckeltal kan dölja viktiga aspekter, såsom hur trygg och delaktig patienten har känt sig under vården, samt huruvida behandlingen har varit medicinskt korrekt. Det finns en viss oro för att detta sätt att hantera kan leda till att man missar viktiga signaler angående kvalitet och säkerhet inom vården.

Dessutom påpekas värdet av kontextanpassning. Nyckeltal som fungerar i andra länder måste förstås i förhållande till den svenska vårdstrukturen och de specifika patientgrupperna. Respondenterna menar att nyckeltal som har visat sig effektiva i andra länder eller regioner inte kan tillämpas direkt på Sahlgrenska hemma. Enligt dem krävs det en anpassning som tar hänsyn till den lokala vårdverksamhetens struktur, tillgängliga resurser samt de specifika patientgrupper som modellen är avsedd för.

“Vi kan inte bara ta något från ett annat land och tro att det funkar här. Vi måste titta på hur vår verklighet ser ut.”

Respondenterna menar att det finns skillnader mellan olika sjukhusavdelningar och vårdteam på sättet de opererar, vilket i sin tur påverkar vilka nyckeltal som är relevanta. Det som fungerar som en bra nyckeltal inom en medicinsk enhet kanske inte nödvändigtvis har samma betydelse för en annan.

5. Diskussion

I detta kapitel behandlas studiens centrala resultat i relation till tidigare forskning och de teoretiska ramar som har legat till grund för arbetet. Målet är att fördjupa insikten i vilka nyckeltal (KPI:er) som är mest relevanta för att följa upp och utveckla vårdmodellen Sahlgrenska hemma, med fokus på effektivitet, vårdkvalitet och hållbarhet. Diskussionen framhäver både likheter och skillnader mellan empiri och teori, och problematiserar hur KPI:erna kan förstås, prioriteras och tillämpas i praktiken. Slutligen presenteras förslag på framtida forskning som kan bidra till mer kunskap om KPI-strukturer inom Sahlgrenska hemma samt konkreta prototyper på KPI:er och hur dessa kan tillämpas i olika roller inom organisationen.

5.1 Teoretiska perspektiv och praktiska utmaningar

Studien pekar på att många av respondenterna som talat med oss tycker att Sahlgrenska hemma är ett måste för att lösa vårdens problem, en tanke som liknar hur sjukhusvård i hemmet ses i andra studier (DeCherrie, 2021). Både i empiri och teori, sägs det att sjukhusvård i hemmet inte bara sparar pengar, utan mest av allt gör vården bättre och mer anpassad efter patienten. Det går hand i hand i hur man tänker i balanserade styrkort (Kaplan och Norton, 1996), där det viktigaste är att patienten är nöjd, känner sig säker och tycker att vården är bra.

En viktig nämnare mellan intervjuvaren och teori är betoning på återinläggningsfrekvens, vårdtid, mortalitet och patientnöjdhet som relevanta nyckeltal. Nyckeltalen återkommer frekvent i både internationella studier om HaH (Foong et al., 2022; Leff et al., 2024) och i de intervjuades resonemang. Det tyder på att det finns ett starkt stöd för att dessa nyckeltal bör utgöra kärnan i framtidens uppföljningsstruktur för Sahlgrenska hemma.

Samtidigt synliggör intervjuresultaten utvecklingsbehov som inte har lyfts fram i tidigare forskning. Ett exempel är den splittrade uppföljningsstrukturen som flera respondenter beskriver, där data samlas in men inte används systematiskt eller på samma sätt mellan olika avdelningar i sjukhuset. Detta står i kontrast till teorins betoning på KPI:ers roll i strategisk styrning och lärande (Lövgren och Söderström, 2020; Kaplan och Norton, 2001). Det indikerar att införandet av Sahlgrenska hemma inte enbart är en fråga om vilka KPI:er som väljs, utan också om hur de implementeras och används inom organisationen. På grund av anledningen att Sahlgrenska hemma är nytt, innebär det att en sådan struktur behöver byggas upp.

Det uppstår en avvikelse mellan det teoretiska idealet om balanserat mått och verklighetens fokus på volym och ekonomi. Flera respondenter uttrycker oro över ett ensidigt fokus på kvantitativa nyckeltal, vilket bekräftar tidigare kritik mot KPI-styrning inom offentlig sektor (Modell, 2009). Det tydliggör vikten av att inkludera både kvalitativa och patientcentrerade nyckeltal i Sahlgrenska hemmas uppföljning, inte minst för att säkra legitimitet och förtroende i en ny vårdmodell.

Det synliggörs även ett behov av kontextanpassning. Respondenterna är eniga om att internationella nyckeltal inte okritiskt kan översättas till svenska förhållanden. Detta är i linje med Bausewein et al. (2023) och Correia Azevedo et al. (2024), som understryker vikten av lokalt relevanta KPI:er. Teorin visar också att nyckeltalen måste vara meningsfulla för ledning och medarbetare, något som bekräftas av respondenternas uttryckta behov av tydlighet, jämförbarhet och förankring i det kliniska vardagsarbetet (Lövgren och Söderström, 2020).

5.2 Viktiga och praktiska nyckeltal för Sahlgrenska hemma

Detta examensarbete hade ett centralt mål för att kartlägga de mest relevanta nyckeltalen för att utvärdera och vidareutveckla Sahlgrenska hemma. Genom att analysera den insamlade empirin i förhållande till teorier om KPI:er, verksamhetsstyrning och Hospital at Home framträder ett antal nyckeltal som visar sig vara särskilt betydelsefulla. Detta gäller både utifrån deras förekomst i intervjuerna och deras teoretiska grund.

Återinläggningsfrekvens är ett nyckeltal som framkommer väldigt ofta av de flesta i både intervjumaterialet och i tidigare studier (Leff et al., 2024). Det fungerar som ett nyckeltal, där man kontinuerligt följer upp behandlingsplanerna och säkerställer en stabil återhämtning i hemmiljö. Flera respondenter framhäver att en låg återinläggningsfrekvens kan ses som ett bevis på att den vård som ges i hemmet är minst lika effektiv som den som ges på sjukhus. Men samtidigt menar respondenter att en för låg återinläggningsfrekvens kan innebära att modellen vårdar patienter som inte har behov av vården som ges. Därför behövs det en avvägning om vilken den optimala nivån är för återinläggningsfrekvens. Inom ramen för balanserade styrkort-modellen placeras denna indikator främst inom processperspektivet, då den återspeglar både vårdresultaten och processernas kvalitet. En av fördelarna med detta nyckeltal är att det ger ett konkret och mätbart resultat som kan ställas i relation till traditionell slutenvård. Samtidigt finns det en nackdel, det kan vara utmanande att exakt fastställa orsakerna till återinläggningar. Dessa orsaker kan ofta vara kopplade till faktorer utanför Sahlgrenska hemma-modellens kontroll, såsom samsjuklighet eller bristande kommunikation med primärvården.

Patientnöjdhet visar sig vara ett centralt nyckeltal som tas på allvar. Respondenterna uttrycker att sjukhusvård i hemmet bör inte enbart bedömas utifrån medicinska resultat, utan även

utifrån patientens känsla av trygghet, bemötande och delaktighet. Enligt Coulter (2012) beskrivs det även som en central aspekt av personcentrerad vård. En fördel med att mäta patientnöjdhet är att det ger en röst åt patienterna och kompletterar de mer objektiva uppgifterna. Nackdelen är att nöjdhet är en subjektiv upplevelse som kan påverkas av förväntningar eller andra faktorer som inte nödvändigtvis speglar vårdens kvalitet, såsom relationen till vårdpersonalen eller boendemiljön.

Upplevd trygghet är ett närliggande nyckeltal till patientnöjdheten, men lyfts som viktigt för att mäta patientens upplevelse av säkerhet och trygghet i hemmet. Respondenterna menar att trygghet är väldigt viktigt för att Sahlgrenska hemma modellen ska uppfattas som aktuell för patienter.

Vårdtid, ledtid från utskrivning till första hembesök och resursutnyttjande var också ett ämne som dyker upp regelbundet som viktiga nyckeltal. En stor del av respondenterna kunde stå för att vårdtiden i hemmet kan vara längre än på sjukhus, men samtidigt vara mindre resurskrävande per vård dygn. Detta ger värdefulla insikter om både effektivitet och omfattning av vården. En fördel med denna jämförelse är att den möjliggör utvärdering av olika vårdformer. Nackdelen är att vårdtiden i sig inte talar inte alltid för kvaliteten på vården eller nyttan för patienterna. Därför är det vara relevant att ha kompletterande nyckeltal, såsom insats per vård dag eller patientens funktionsförmåga vid utskrivning. Kostnad per insats är också ett viktigt nyckeltal som kan ge en annan bild av resursanvändningen än till exempel om man enbart kollar på vårdtiden. Respondenterna nämner att det är viktigt att se skillnaden i kostnaderna.

Flera respondenter lyfte fram antalet hembesök och typ av insats som värddiga nyckeltal. Dessa steg är användbara för att övervaka omfattningen, typen och sysselsättningen av den berörda vården. Deras fördel är att man får en god syn i vårdprocessens faktiska tillstånd, vilket kan hjälpa till att identifiera flaskhalsar eller samordningsbehov. Nackdelen här är att det kan bli ett ensidigt fokus på kvantitet, till exempel antal hembesök och leda till en övertro på produktivitet snarare än patientvärde, något som tidigare forskning har varnat för (Modell, 2009).

Mortalitet och vårdrelaterade komplikationer är typiska nyckeltal på patientsäkerhet. Låga Mortalitet siffror i ett hälso- och sjukvårdssystem ger en känsla av trygghet för både personal

och patienter. Fördelen med dessa nyckeltalen är att de är välkända och tillämpas i många kvalitetsregister.

Hållbarhetsnyckeltal, som att minska koldioxidutsläppen genom minskad transportefterfrågan, digitalisering och förbättrade arbetsmiljöer, blir allt mer eftertraktade inom hälso- och sjukvårdssektorn, som alltmer införlivar hållbarhetsmål i sin styrning (Powell et al., 2024). En del av respondenter tar upp specifikt fram sjukhusvård i hemmet som en potential till att minska belastningen på sjukhus och skapa mer effektiva lösningar. Den största fördelen med dessa insatser är att de fokuserar på den långsiktiga påverkan på miljön och organisationen. En utmaning är dock att det ofta inte finns något standardiserat sätt att mäta dem, vilket gör jämförelser över tid eller mellan olika enheter svåra.

Slutligen visar studien att ett effektivt uppföljningssystem för Sahlgrenska hemma bör omfatta en samling av olika nyckeltal, där varje indikator bidrar till att komplettera de andra. Varken patientnöjdhet eller återinläggningar ger en fullständig bild på egen hand, det är först när dessa nyckeltal samverkar som vi kan få en helhetsbild av vårdkvalitet, effektivitet och hållbarhet.

Nedan i tabell 8 visas en sammanställning på de nyckeltalen som har diskuterats ovan samt deras för- och nackdelar.

Tabell 8: Perspektiv i Balanced Scorecard, exempel på KPI:er samt för- och nackdelar vid utvärdering av Sahlgrenska hemma.

Perspektiv (BSC)	Exempel på KPI:er	Fördelar	Nackdelar
Kund/patient	Patientnöjdhet, upplevd trygghet	Fånger upplevelser och vårdkvalitet ur patientens synvinkel	Subjektiva mått, svåra att jämföra mellan individer och enheter
Interna processer	Antal hembesök, typ av insats, Ledtid från utskrivning till första hembesök, återinläggning, mortalitet,	Möjliggör analys av effektivitet och flödes i vårdprocessen	Risk för fokusering på kvantitet snarare än kvalitet

	vårdrelaterade komplikationer		
Finansiellt	Vårdtid, kostnad per insats, resursutnyttjande	Underlättar jämförelser mellan vårdformer, identifierar effektivitet	Risk att ekonomiska mål prioriteras framför vårdkvalitet
Hållbarhet	Digitalisering, arbetsmiljö	Speglar långsiktiga mål och organisatoriskt mål	Brist på standardiserade mätmetoder, svårigheter att kvantifiera vissa effekter

5.2.1 Samspel och målkonflikter mellan olika nyckeltal

Ett centralt tema i diskussionen om nyckeltal för Sahlgrenska hemma är att nyckeltalen inte ska ses isolerat, utan snarare som komponenter av ett större system. Flera av de KPI:er som identifierats i studien påverkar varandra både direkt och indirekt, vilket innebär att förändringar inom ett område kan leda till konsekvenser för andra. Till exempel kan en strävan efter att öka effektiviteten genom kortare vårdtider ha positiv påverkan på resursutnyttjande, men samtidigt öka risken för återinläggningar om utskrivningar görs för tidigt eller utan tillräcklig uppföljning i hemmet. På samma sätt kan ett stort antal hembesök indikera god tillgänglighet, men också belasta personalen och påverka arbetsmiljön samt långsiktig hållbarhet negativt.

I detta sammanhang blir det särskilt viktigt att följa upp KPI:erna tillsammans, snarare än var för sig. En balanserad analys kräver att man identifierar möjliga målkonflikter mellan olika styrsignaler och väger dem mot varandra utifrån verksamhetens övergripande mål. Detta gäller särskilt i vårdmodeller som Sahlgrenska hemma, där både patientupplevelse, vårdkvalitet, effektivitet och miljömässig hållbarhet beaktas i utvärderingen. Enskilda nyckeltal riskerar att ge en förenklad bild, först när de sätts i relation till varandra kan en mer nyanserad helhetsförståelse uppstå.

Detta betonar även kraften i att använda ramverk som det balanserade styrkortet, där mätverktyg från olika perspektiv relateras till varandra. För Sahlgrenska hemma blir det

därför avgörande att inte enbart fastställa relevanta nyckeltal, utan också skapa strukturer för att tolka dem i sin ömsesidiga kontext, vilket stödjer både uppföljning, prioritering och förbättring.

5.2.2 Saknad av struktur

Denna studie har lett till identifikationen av flera relevanta nyckeltal för att följa upp och utveckla Sahlgrenska hemma, trots detta, visar resultatet att det saknas en strategi för hur nyckeltal ska implementeras och användas i praktiken. Intervjuerna säger att datainsamling sker, men på olika sätt beroende på vilken enhet datainsamlingen sker på, utan att resultaten integreras i ett gemensamt uppföljningssystem.

Den nuvarande bristen på systematik medför en risk att KPI:erna inte integreras i styrnings- och förbättringsarbetet, utan i stället förblir på en nivå av enbart mätning utan vidare analys och åtgärder. För att motverka detta är det nödvändigt att ta nästa steg: att utveckla ett konkret och anpassat styrkort för Sahlgrenska hemma. Ett sådant styrkort bör utformas med beaktande av såväl internationell forskning som lokala behov och inkludera nyckeltal inom samtliga fyra perspektiv i det balanserade styrkortet: ekonomi, process, patientupplevelse samt lärande/hållbarhet (Kaplan och Norton, 1996).

Ett styrkort kan spela en väsentlig roll i skapandet av transparens, tydlighet och jämförbarhet mellan olika team och enheter, samt över tid. Det möjliggör dessutom att nyckeltal kopplas till övergripande mål, vilket ökar deras relevans för både ledningen och vårdpersonalen. Det är emellertid av stor vikt att implementeringen av ett sådant styrsystem genomförs i dialog med verksamheten, för att en förankring, begriplighet och meningsfullhet blir sedd. Detta är faktorer som både teoretisk och empirisk forskning framhäver som avgörande för KPI:ers legitimitet och användbarhet inom vården (Lövgren och Söderström, 2020; Modell, 2009).

5.2.3 Balanserade styrkort som ramverk för Sahlgrenska hemma

Användandet av balanserade styrkort som en struktur för att styra prestationer är särskilt betydelsefullt i vårdmodeller som Sahlgrenska hemma, där vården flyttas från sjukhus till patientens eget hem. Denna omställning kräver stor samordning, hög kvalitet och anpassningsförmåga, samtidigt som aspekter som patientens upplevelse, arbetsmiljö och hållbarhet får en alltmer framträdande roll i uppföljningen.

Det balanserade styrkortets struktur med flera perspektiv är en utmärkt modell för att upptäcka och ordna viktiga KPI:er inom denna typ av vård. Genom att använda de fyra perspektiven i styrkortet kan nyckeltal relaterade till effektivitet kopplas till den finansiella perspektivet, till exempel nyckeltal som kostnad för varje vårdtillfälle, resursanvändning, eller jämförelser mellan sjukhusvård i hemmet och traditionell sjukhusvård. Sådana nyckeltal är viktiga för att Sahlgrenska hemma förblir ett ekonomiskt hållbart alternativ (Zelman et al., 2003).

Vårdkvalitet speglar sig utifrån hur patienter uppfattar den & genom processerna. Här spelar nyckeltal som återinläggningar, följsamhet till behandlingsprogram, tillfredsställelse bland patienter och nyckeltal för patientsäkerhet en viktig roll. Detta stämmer överens med studier som visar att vård i hemmet kan minska trycket på sjukhus och samtidigt förbättrar patientens upplevelse (Caplan et al., 2012).

När det handlar om hållbarhet ger lärande aspekten en självklar möjlighet att följa upp olika nyckeltal som arbetsmiljö, kompetensutveckling och innovation inom Sahlgrenska hemma. På grund av att Sahlgrenska hemma baseras på nya arbetsmetoder jämfört med traditionell slutenvård, innebär det att det krävs organisatoriskt lärande och utveckling (Radnor et al., 2012). Dessutom kan miljömässiga faktorer, som minskade transporter och lägre energiförbrukning, utvärderas med hjälp av hållbarhets-KPI:er inom detta perspektiv.

Att implementera ett balanserat styrkort som ramverk kan stödja sjukvårdsmodellen att hantera komplexiteten i uppföljningen. Det ger en strategisk ledning som inte bara inriktar sig på ekonomi eller mängd, utan även syftar till att skapa värde för patienter, medarbetare och samhället som helhet.

5.3 Förslag till framtida forskning

Även om denna studie bidrar till att identifiera och förklara orsakerna bakom valet av nyckeltal för Sahlgrenska hemma, kvarstår fortfarande flera viktiga frågor som kräver djupare utvärdering. En tydlig riktning för framtida forskning är att utveckla en förbättrad förståelse för hur KPI:er faktiskt används i praktiken snarare än att enbart fokusera på vilka KPI:er som anses viktiga. Det betyder att man får undersöka hur dessa nyckeltal tolkas och kommuniceras och hur de påverkar vardagliga beslut av vårdpersonal och ledning. En sådan studie skulle

kunna upptäcka möjligheter under implementeringsfasen och ge insikter i hur nyckeltal kan användas för styrning i realtid inom hemsjukvårdssystem.

Det skulle vara värdefullt att utvärdera patienternas perspektiv på uppföljning och mätning inom vården. Trots att denna studie har påpekat värdet av patientnöjdhet som en central indikator saknas en djupare förståelse för hur patienter upplever att deras vård mäts och följas upp. Det handlar till exempel om ifall dessa processer skapar en känsla av trygghet, delaktighet eller oro. En sådan studie skulle kunna bidra till utvecklingen av mer patientcentrerade uppföljningssystem.

En tredje riktning för framtida forskning handlar om hållbarhetsnyckeltal inom HaH, ett område där både litteratur och empiriska studier tydligt visar på behovet av vidareutveckling. Det finns stor potential att utforska hur nyckeltal som koldioxidbesparingar, digitalisering och effekter på arbetsmiljön kan mätas på ett meningsfullt sätt. Detta handlar både om vilka datakällor som kan samlas in och hur informationen kan användas för att styra verksamheten i praktiken.

Det skulle slutligen vara intressant att genomföra en jämförande studie mellan olika regioner eller länder för att analysera vilka KPI-strukturer och uppföljningsmodeller som har visat sig vara mest effektiva i praktiken. Genom att undersöka hur olika kontexter har lyckats implementera styrsystem inom HaH-modeller kan svenska initiativ som Sahlgrenska hemma, dra värdefulla lärdomar och anpassa sina strategier för att uppnå ökad träffsäkerhet och hållbarhet.

6. Slutsats

Denna studie har utforskat de mest relevanta nyckeltalen (KPI:er) för att mäta och optimera vårdmodellen Sahlgreiska hemma, med fokus på aspekter som effektivitet, vårdkvalitet och hållbarhet. Genom intervjuer med personer som är involverade inom vården samt en noggrann analys i förhållande till tidigare forskning och teoretiska ramverk har flera viktiga insikter framträtt.

Studien visar tydligt att respondenterna har en samsyn om att Sahlgreiska hemma utgör en nödvändig och framtidsinriktad vårdmodell, som har ett brett stöd. Denna modell erbjuder en mer flexibel, patientcentrerad och hållbar vård, där kvaliteten bevaras även när vården ges utanför sjukhusets väggar.

Det är även viktigt enligt respondenterna att nyckeltal behöver sättas in i en strukturerad och samordnad uppföljningsmodell för att nyckeltal ska kunna användas på samma sätt, för alla som arbetar med Sahlgreiska hemma. En tydlig strategi och ett gemensamt system för hur nyckeltalen ska användas är avgörande för att uppnå förbättring och styrning inom Sahlgreiska hemma.

Det framträder nyckeltal i tabell 8 som var centrala hos respondenterna, exempel bland de är återinläggningsfrekvens, patientnöjdhet, vårdtid/resurseffektivitet, hållbarhet, antal hembesök/typ av insats samt mortalitet och vårdrelaterade komplikationer. Dessa nyckeltal ger tillsammans en övergripande bild av medicinsk kvalitet, patientupplevelse och effektiviteten i vårdprocesserna. Det är dock värt att notera att dessa områden fortfarande behöver ytterligare metodutveckling för att bli helt användbara i uppföljningsarbetet.

Studien visar även vikten av att KPI:er sätts i relation till varandra. För att undvika målkonflikter och felprioriteringar krävs det ett helhetsperspektiv där nyckeltal inom patientperspektivet, interna processer, ekonomi och hållbarhet balanseras och tolkas tillsammans. Det är på grund av detta ett balanserat styrkort passar väl in för uppföljning av Sahlgreiska hemma.

7. Rekommendationer

För att använda studiens resultat i form av teorier och intervjusvar till konkreta förslag presenteras i tabell 9 fem stycken KPI:er som är knutna till de teman som identifierats i analysen och i de perspektiv som ingår i det balanserade styrkortet (Kaplan och Norton, 1996). Nyckeltalen är valda för att spegla de som både respondenterna betonat i intervjuerna och vad som lyfts fram i internationell forskning kring HaH samt teorin.

Exempelvis återkom flera respondenter till att skapa trygghet för patienterna, att de ska känna sig trygga med sjukhusvård i hemmet, detta har även lyfts fram i teorin om patientupplevelse och kvalitet (Coulter, 2012). De föreslagna KPI:er ”Andel patienter som uppger att de känt sig trygga” täcker detta mål inom det patientcentrerade perspektivet. På liknande sätt nämns behovet och vikten av vårdkedjan, att det är viktigt att kunna mäta dem, i teorin och resultatet, som i sin tur motiverar måttet ”genomsnittlig tid från utskrivning till första hembesök”. Detta är viktigt då respondenterna pekade på att det var en utmaning vid processfördröjningar.

Det finansiella nyckeltalet ”*kostnad per vård dag i hemmet jämfört med slutenvård*” återfinns i forskning av CMS (2024), Cryer et al. (2012) och i respondenternas resonemang kring ekonomi och resurseffektivitet. Detta mått är ett enkelt sätt att se skillnader i användningen av resurser när man jämför sjukvård i hemmet med slutenvård. Tabell 9 inkluderar även ett hållbarhetsmått i form av ”*CO₂-reduktion per patient*” som kan kopplas till hållbarhetsnyckeltalen i teoridelen av Sustainable Healthcare Steering Group (2019) samt i diskussionens reflektioner om att miljöaspekten ännu är underutvecklad men efterfrågad.

Återinläggningsfrekvens som har diskuterats i tabell 8, är också väldigt viktigt och har använts i det konkreta styrkortet. Det är dock viktigt att tänka på att nyckeltalet, återinläggningsfrekvens, behöver ytterliga studier för att hitta den optimala nivån, vilket är upp till Sahlgrenska att ta reda på. Detta nyckeltal var viktigast enligt respondenterna och används enligt internationell forskning som ett nyckeltal för att se på effektivitet (Leff et al., 2024). Som det har diskuterats tidigare, poängteras det ännu en gång att en låg återinläggningsfrekvens inte alltid innebär bättre sjukhusvård, utan kan innebära att modellen riktas sig mot patienter med låga vårdbehov. Nyckeltalet har väldigt stor potential, men bör hanteras försiktigt till en början.

Utöver att nyckeltalen har identifierats har de även kopplats till en målgrupp som har ansvar till att samla in data och följa upp nyckeltalen. Detta är relevant på grund av behovet av en struktur som i nuläget saknas. Flera respondenter menade att det inte fanns ett tydligt system över vem som ansvarade över vad vilket är viktigt, detta betonas även i litteraturen om styrsystem (Lövgren och Söderström, 2020). Genom att binda KPI:erna till olika yrkesroller kan det bli enklare att följa upp nyckeltal och bidra till en god struktur.

Tabellen nedan är konkreta förslag på KPI:er som sammanför respondenternas svar och diskussionerna kring viktiga nyckeltal. KPI:erna är även kopplade till yrkesroller i organisationen, vilket gör att ansvarsfördelningen för de olika KPI:erna blir tydligare.

Tabell 9: KPI:er kopplade till BSC-perspektiv, målgrupper och tillämpning i Sahlgrenska hemma

Perspektiv (BSC)	KPI	Målgrupp/roll	Förklaring
Kund/patient	Andel patienter som uppger att de känt sig trygga (via enkät)	Sjuksköterskor, teamledare	Fångar patientens subjektiva upplevelse av trygghet
Interna processer	Genomsnittlig tid från utskrivning till första hembesök, återinläggningsfrekvens	Vårdkoordinatorer, planerare	Mäter reaktionstid i vårdkedjan
Finansiellt	Kostnad per vård dag i hemmet jämfört med slutenvård	Ekonomiansvariga, verksamhetschef	Mäter resurseffektivitet över tid
Hållbarhet	CO ₂ -reduktion per patient (kg CO ₂)	Miljöcontroller, styrgrupp	Operationaliserar miljömål kopplade till HaH

De fem nyckeltalen som finns i tabell 9 har valts ut eftersom de representerar ett konkret ramverk för uppföljning i Sahlgrenska hemma, där perspektiven i balanserade styrkort täcks. Dessa nyckeltal har valts på grund av:

- Att de anses viktiga i både respondenternas åsikter och i teorin.
- Att de kan börja mätas redan idag.

- Att de täcker de fyra aspekter i balanserade styrkort som är kund/patient, interna processer, finansiellt samt lärande och hållbarhet

Nyckeltalen är en möjlig startpunkt för att göra uppföljningen av nyckeltal konkret i ett nytt system där man inte har fokuserat på detta ännu.

Litteraturförteckning

Amantea, I. A., Robaldo, L., Sulis, E., Boella, G., & Governatori, G. (2021). *Semi-automated checking for regulatory compliance in e-Health*. arXiv. <https://arxiv.org/abs/2110.07710>

Bryman, A., & Bell, E. (2018). *Business research methods (5th ed.)*. Oxford University Press.

Black, N. (2013). *Patient reported outcome measures could help transform healthcare*. BMJ, 346, f167. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>

Bausewein, C., Simon, S. T., Ramsenthaler, C., Jaspers, B., Schäfer, K., Larkin, P. J., & Voltz, R. (2023). *Development and pilot testing of a set of quality indicators for palliative care in home care and inpatient care settings*. Supportive Care in Cancer, 31, 229. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07713-z>

Coulter, A. (2012). *Engaging patients in healthcare*. McGraw-Hill Education.

Correia Azevedo, A., Sá, A., & Mendonça, A. (2024). *Assessment of the impact of home-based hospitalization on health outcomes: An observational study*. Acta Médica Portuguesa, 37(6), 445-454. <https://doi.org/10.20344/amp.20474>

Cryer, L., Shannon, S. B., Van Amsterdam, M., & Leff, B. (2012). *Costs for 'hospital at home' patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients*. Health Affairs. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1132>

Caplan, G. A., Sulaiman, N. S., Mangin, D. A., Aimonino Ricauda, N., Wilson, A. D., & Barclay, L. (2012). *A meta-analysis of "hospital in the home"*. Medical Journal of Australia, 197(9), 512-519. <https://doi.org/10.5694/mja12.10480>

Denecke, K. (2025). *Mapping the landscape of Hospital at Home (HaH) care: A validated taxonomy for HaH care model classification*. BMC Health Services Research, 25(84). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12251-5>

Denecke, K., May, R., Borycki, E. M., & Kushniruk, A. W. (2023). *Digital health as an enabler for hospital@home: A rising trend or just a vision?* *Frontiers in Public Health*, 11, 1137798. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1137798/full>

DeCherrie, L. (2021). *Healthcare is homeward bound: Hospital-at-home care promises to reshape healthcare delivery in the United States*. *HFM Magazine*, November 2021. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ff8dcd94-d054-4534-ab60-4cb72ae956c7%40redis> (chalmers bibliotek)

Ekholm, A., & Rorsman, J. (2024). *Hospital at Home - Inblick och utblick i Sverige och i världen*. Chalmers tekniska högskola, Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation. Göteborg: Chalmers Tekniska Högskola.

Foong, H. F., Lim, Z. Y., Tan, H. K. J., & Ho, S. H. C. (2022). *Quality indicators for home-based medical care: A systematic review*. *Australasian Journal on Ageing*, 41(4), 556-565. <https://doi.org/10.1111/ajag.13103>

González-Colom, R. et al. (2024). *Five years of Hospital at Home adoption in Catalonia: Impact, challenges, and proposals for quality assurance*. *BMC Health Services Research*, 24(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10603-1>

Henningfeld, J., Friedrich, A. B., Flanagan, G., Griffith, C., Hughes, A., Molkentine, L., Steuart, R., Wilkinson, S., & Baker, C. D. (2024). *Transitioning children using home invasive mechanical ventilation from hospital to home: Discharge criteria, disparities, and ethical considerations*. *Pediatric Pulmonology*, 59(8), 2113-2130. <https://doi.org/10.1002/ppul.26948>

Isakov, T.-M., Härkönen, H., Atkova, I., Wang, F., Vesty, G., Hyvämäki, P., & Jansson, M. (2024). *From challenges to opportunities: Digital transformation in hospital-at-home care*. *International Journal of Medical Informatics*, 192, 105644. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505624003071?via%3Dihub>

Kansagara, D., Englander, H., Salanitro, A., Kagen, D., Theobald, C., Freeman, M., & Kripalani, S. (2011). Risk prediction models for hospital readmission: A systematic review. *JAMA*, 306(15), 1688–1698. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1515>

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating strategy into action*. Harvard Business Press.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). *The balanced scorecard—Measures that drive performance*. Harvard Business Review, 70(1), 71-79.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). *The Strategy-focused Organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Harvard Business Press.

Kingsley, C., & Patel, S. (2017). *Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures*. *BJA Education*, 17(4), 137-144. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>

Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S. K., ... & Greenough, W. B. (2022). *Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients*. *Annals of Internal Medicine*, 143(11), 798-808.

Longhurst, R. (2009). *Interviews: In-Depth, Semi-Structured*. *International Encyclopedia of Human Geography*, 580-584. <https://doi.org/10.1016/B978-008044910-4.00458-2>

Lövgren, J., & Söderström, E. (2020). *Key Performance Indicators - En fallstudie om nyckeltalens roll i verksamhetsstyrning* [Kandidatuppsats, Högskolan i Gävle]. DiVA. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-32428>

Levine, D. M., Ouchi, K., Blanchfield, B., Diamond, K., Pu, C. T., Saenz, A., Burke, K., Paz, M., & Schnipper, J. L. (2019). *Hospital-level care at home for acutely ill adults: A randomized controlled trial*. *Annals of Internal Medicine*, 172(2), 77-85. <https://doi.org/10.7326/M19-0600>

Leff, B., Defrancesco, D., & Burton, L. (2005). *Comparison of functional outcomes associated with hospital at home care and traditional acute hospital care*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(5), 733-740. [10.1111/j.1532-5415.2008.02103.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02103.x)

Marr, B. (2012). *Key performance indicators: The 75 measures every manager needs to know*. Pearson Education.

Modell, S. (2009). *Institutional research on performance measurement and management in the public sector accounting literature: A review and assessment*. *Financial Accountability & Management*, 25(3), 277-303. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2009.00477.x>

Pink, G. H., McKillop, I., Schraa, E. G., Preyra, C., Montgomery, C., & Baker, G. R. (2001). *Creating a balanced scorecard for a hospital system*. *Journal of Health Care Finance*, 27(3), 1-20.

Parmenter, D. (2015). *Key Performance Indicators: Developing, implementing, and using winning KPIs* (3rd ed.). Wiley.

Powell, D., Burrows, F., Lewis, G., & Gilbert, S. (2024). *How might Hospital at Home enable a greener and healthier future?* *npj Digital Medicine*, 7, Article 252. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01249-8>

Pediatric Nursing. (2021). *Hospital-at-home care for older adults: Best practices from Australia*. *Pediatric Nursing Journal*. [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(21\)00058-0/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(21)00058-0/fulltext)

Pandit, J. A., Pawelek, J. B., Leff, B., & Topol, E. J. (2024). *The hospital at home in the USA: Current status and future prospects*. *npj Digital Medicine*. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01040-9>

Radnor, Z., Holweg, M., & Waring, J. (2012). *Lean in healthcare: The unfilled promise?* *Social Science & Medicine*, 74(3), 364-371. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>

Region Uppsala. (2023). *Slutrapport: Kostnadseffektivitet – Effektiv och nära vård 2030*. Region Uppsala. <https://regionuppsala.se/globalassets/samverkanswebben/samverkan-inom-halsa-och-varld/effektiv-och-nara-varld-2030/slutrapport-kostnadseffektivitet-env-2030-tga.pdf>

Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Gonçalves-Bradley, D. C., Wong, E., & Shepperd, S. (2024). *Admission avoidance hospital at home: Effectiveness and safety in managing acute care patients*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007491.pub3/full>

Sustainable Healthcare Steering Group. (2019). *Delivering a net zero NHS*. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/greenernhs/>

Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Kalra, L., Wilson, A. D., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2016). *Admission avoidance hospital at home*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub2>

Shepperd, S., Craddock-Bamford, A., Butler, C., Jones, J., Rice, C., & Iliffe, S. (2024). *Admission avoidance hospital at home compared with inpatient hospital care*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://www.cochrane.org/CD014765/EPOC_multiple-perceptions-about-implementing-hospital-home?

Vale, J. S., Franco, A. I., Oliveira, C. V., Araújo, I., & Sousa, D. (2020). *Hospital at Home: An Overview of Literature*. *Home Health Care Management & Practice*, 32(2), 118-123.

Wong, H. L. M., Ong, C. Y., Ngo, H. J., Yeo, S. S., & Lee, M. H. J. (2025). *An overview of Hospital-at-home versus other models of care*. *Journal of General and Family Medicine*, 26(1), 19-26. <https://doi.org/10.1002/jgf2.742>

World Hospital at Home Community. (2024). *What is Hospital at Home?* Hämtad 5 mars 2025 från <https://whahc-community.kenes.com/definition-of-hah/>

Wallon, C., Juhlin, C., Melander, H., & Sjö Dahl, R. (2010). *Oplanerade återinläggningar på kirurgisk klinik: Frekvens, orsaker och åtgärder analyserade i en ettårsstudie från Linköping*. *Läkartidningen*, 107(23), 1561-1565. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2010/06/oplanerade-aterinlaggningar-pa-kirurgisk-klinik/>

Williams, S., Whiston, A., Morrissey, A. M., O'Connor, M., & Galvin, R. (2024). *An Early Supported Discharge (ESD) Model of Care for Older Adults Admitted to Hospital: A Descriptive Cohort Study*. *Clinical Interventions in Aging*, 19, 1-10. <https://www.dovepress.com/an-early-supported-discharge-esd-model-of-care-for-older-adults-admitt-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>

Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias, C. B. (2003). *Use of the balanced scorecard in health care*. *Journal of Health Care Finance*, 29(4), 1-16.

Øvretveit, J. (2009). *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs for health service providers*. The Health Foundation.
<https://www.health.org.uk/publications/does-improving-quality-save-money>

Bilagor

Bilaga 1: Semistrukturerad intervju med respondenter

1. Introduktion

- Kan du kort berätta om din roll och hur du är involverad i "Hospital at Home"-initiativet?
- Hur länge har du arbetat med detta projekt?

2. Mål och Syfte

- Vad är de primära målen med "Hospital at Home" ur din synvinkel?
- Vilka förväntade effekter hoppas ni uppnå jämfört med traditionell sjukhusvård?

3. Nyckeltal och Prestandamätning

- Använder ni några nyckeltal och KPI:er idag för att mäta effektivitet och kvalitet inom Sahlgrenska hemma?
- En fråga om syftet med nyckeltalen
- Vilka nyckeltal (KPI:er) används idag för att mäta effektivitet och kvalitet inom "Hospital at Home"?
- Hur samlas dessa nyckeltal in och hur analyseras de?
- Upplever ni några utmaningar med att mäta eller tolka resultaten?

4. Kostnader

- Har ni genomfört någon kostnads-nyttanalys för "Hospital at Home"?
- Hur jämförs kostnaderna för detta initiativ med traditionell sjukhusvård?
- Vilka måttal och ekonomiska mål är viktiga att uppnå för att projektet ska nå en långsiktig hållbarhet?

5. Process och Arbetsflöde

- Hur ser arbetsflödet ut för vårdpersonal inom "Hospital at Home"?
- Vilka teknologier eller digitala verktyg används för att stödja processen?
- Finns det några flaskhalsar eller ineffektiviteter i det nuvarande arbetssättet?
- Hur planeras resursanvändningen, såsom personal och transport? Finns det andra viktiga indirekta resurser?

6. Jämförelse med Andra Initiativ

- Har ni tittat på liknande initiativ i andra sjukhus eller regioner?
- Hur bedöms vårdkvaliteten jämfört med traditionell sjukhusvård?
- Har det uppkommit fördelar och/eller nackdelar som var oväntade med att erbjuda sjukhusvård i hemmet?

8. Övriga Kommentarer

- Finns det något annat du tycker är viktigt att vi tar med oss i vårt examensarbete?
- Är det någon annan du rekommenderar att vi intervjuar?

INSTITUTIONEN FÖR TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION
AVDELNINGEN FÖR INNOVATION AND R&D MANAGEMENT
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2025
www.chalmers.se



CHALMERS